UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 52

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU TRAITEMENT

Des Tumeurs Malignes des Mâchoires

RÉSULTATS OPÉRATOIRES ÉLOIGNÉS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 9 Mai 1911

PAR

GEORGES CALAZEL

Né à Foix (Ariège), le 27 mars 1887

Pour obtenir le grade de docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse

MM. TÉDENAT, Professeur, *Président.*
GRANEL, Professeur,
SOUBEYRAN, Agrégé, *Assesseurs.*
EUZIÈRE, Agrégé,

FOIX

TYPOGRAPHIE POMIÈS — FRA ET Cie, SUCCESSEURS

1911

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41534907_0012

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT DES TUMEURS MALIGNES DES MACHOIRES

RÉSULTATS OPÉRATOIRES ÉLOIGNÉS

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 52

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU TRAITEMENT

Des Tumeurs Malignes des Mâchoires

RÉSULTATS OPÉRATOIRES ÉLOIGNÉS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 9 Mai 1911

ACAD. MONTPELLIER BIBL.

PAR

GEORGES CALAZEL

Né à Foix (Ariège), le 27 mars 1887

Pour obtenir le grade de docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse.

MM. TÉDENAT, Professeur, *Président.*
GRANEL, Professeur,
SOUBEYRAN, Agrégé, *Assesseurs.*
EUZIÈRE, Agrégé,

FOIX

TYPOGRAPHIE POMIÈS. — FRA ET Cie, SUCCESSEURS

1911

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration.

MM. MAIRET (✲)..... DOYEN.
SARDA..... ASSESSEUR.
IZARD..... SECRÉTAIRE.

Professeurs.

Clinique médicale.....	MM. GRASSET (✲). Chargé de l'enseignement de pathol. et thérap. génér.
Clinique chirurgicale.....	TÉDENAT (✲).
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (✲).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (✲).
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (✲).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (✲).
Chimie médicale.....	VILLE.
Physiologie.....	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL.
Anatomie pathologique.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (A).
Pathologie et thérapeutique générales.....	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.
Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT.
Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires.

Clinique ann. des mal. syph. et cutanées.	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique ann. des malad. des vieillards.	VIRES, agrégé libre, ch. de c.
Pathologie externe.....	LAPEYRE, agrégé libre, ch. de c.
Clinique gynécologique.....	DE ROUVILLE, profess.-adjoint.
Accouchements.....	PUECH, professeur-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agrégé libre, ch. de c.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, professeur-adjoint.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice.

MM. GALAVIELLE.	MM. LEENHARDT.	MM. DELMAS (Paul).
VEDEL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIERE.
GRYNFELTT (Ed.).	CABANNES.	LECERCLE.
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	FLEIG, chargé des fonct.

Examinateurs de la thèse.

MM. TÉDENAT, *président.*
GRANEL, *professeur.*
MM. SOUBEYRAN, *agrégé.*
EUZIERE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage de mon amour profond
et de mon éternelle reconnaissance.

A MON FRÈRE

Le meilleur des amis.

A MA SŒUR

Que j'affectionne tendrement.

MEIS ET AMICIS

G. CALAZEL.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR TÉDENAT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE DOCTEUR GRANEL

PROFESSEUR D'HISTOIRE NATURELLE MÉDICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

G. CALAZEL.

A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS
SOUBEYRAN ET EUZIÈRE

A TOUS MES MAITRES
A LA FACULTÉ ET DANS LES HOPITAUX

G. CALAZEL.

PRÉFACE

Arrivé au terme tant désiré de nos études médicales et au moment de quitter la Faculté, nous obéissons avec joie à la vieille et touchante tradition, et c'est pour nous un agréable devoir d'exprimer notre gratitude envers tous ceux qui par leurs conseils ou leur appui moral, nous ont aidé à parfaire notre éducation professionnelle.

Que notre excellent père et notre mère si bonne nous permettent de leur dédier cette thèse, faible témoignage de notre reconnaissance pour leur dévouement, leurs soins de tous les instants, les sacrifices souvent fort lourds qu'ils se sont imposés.

Que notre frère et notre sœur nous permettent, en témoignage de notre profond amour, de les mettre à côté des deux êtres qui nous sont si chers. Qu'ils soient assurés de notre attachement et de notre dévouement.

Tous nos remerciements vont maintenant à nos maîtres à la faculté et dans les hôpitaux.

En particulier, que M. le professeur agrégé Soubeyran reçoive ici l'expression de nos sentiments de vive gratitude. Le souve-

nir de ses leçons si brillantes et si claires restera gravé éternellement dans notre mémoire, ainsi que celui de la sympathie qu'il nous a toujours témoignée et de l'accueil toujours très cordial que nous avons trouvé auprès de lui.

M. le professeur Tédenat nous fait aujourd'hui le grand honneur de présider notre thèse.

Qu'il soit assuré de toute notre reconnaissance et qu'il veuille bien accepter aujourd'hui l'expression de notre admiration pour ses leçons magistrales et son enseignement si élevé.

Que M. le professeur Granel, qui nous accueillit avec tant de bienveillance, veuil'e bien croire à nos meilleurs sentiments de gratitude.

Enfin nous ne saurions oublier notre jeune maître M. le professeur agrégé Euzière qui se montra si bienveillant et qui fut pour nous presque un camarade.

Qu'il soit assuré de notre excellent souvenir.

A tous, nos remerciements.

INTRODUCTION

Sur les indications de M. le Professeur agrégé, Soubeyran nous avons entrepris cette contribution à l'étude du traitement des tumeurs malignes des mâchoires. Nous n'avons pas eu la prétention de traiter complètement ce sujet et nous avons laissé de côté la question entière de l'anatomie pathologique qui s'y rapporte, ne voulant pas nous mettre en parallèle avec certains savants tels que Ch. Robin, Nélaton, Saurel, Malassez, Broca, Cornil, Ranvier, Tripier et tant d'autres histologistes qui traitèrent la question microscopique à fond, et dont les opinions sont si souvent différentes. Là n'a pas été notre ambition sachant très bien quelle est notre ignorance. Notre thèse sera surtout un résumé d'observations tendant à indiquer quels résultats appréciables on peut attendre de la résection des maxillaires, au point de vue survie du malade.

Nous avons divisé notre travail en plusieurs chapitres. Dans le premier, nous avons donné une classification des tumeurs malignes le plus communément rencontrées au niveau des mâchoires, avec quelques notions très succintes de leur composition anatomo-pathologique, mais que nous n'avons pas cru devoir omettre complètement. Nous avons même esquissé la question des tumeurs kystiques, bien qu'elles soient histologiquement bénignes car les récidives de ces tumeurs ne sont pas rares après ablation et leur dégénérescence papillaire

dans certains cas suffit d'ailleurs, à leur donner une certaine malignité.

De plus, nous nous sommes attardés un peu sur la question des épulis, car nous avons estimé que ce sont d'abord les tumeurs les plus fréquentes des mâchoires et ensuite parce que la diversité des tissus qui entrent dans leur composition peut-être si grande, que le pronostic est considérablement différent suivant que les uns ou les autres prédominent.

Dans un deuxième chapitre, après quelques indications opératoires préliminaires, après avoir esquissé les différents traitements des tumeurs malignes, nous avons donné le traitement qui nous a paru le meilleur et qui est le plus communément accepté aujourd'hui : la large résection des maxillaires. Nous avons envisagé cette résection et ses différents procédés d'abord pour le maxillaire supérieur, ensuite pour le maxillaire inférieur.

Nous ayons donné à part, et en premier lieu, le traitement de l'épulis.

Nous avons indiqué ensuite, quels étaient les dangers et les complications opératoires, et nous avons parlé de la prothèse des maxillaires. Dans une statistique nous avons montré quelle était la gravité de la résection du maxillaire supérieur, en particulier.

Dans un troisième chapitre, nous avons indiqué les résultats obtenus par la large résection des maxillaires et nous l'avons fait suivre de la relation de cent vingt observations.

Dans un quatrième chapitre, nous avons donné quelques observations dues à l'obligeance de M. le Professeur Soubeyran.

Enfin, nous terminons notre travail par les conclusions, auxquelles nous sommes amenées, par les résultats des opérations mentionnées.

Un index bibliographique se trouve à la suite de nos conclusions.

CHAPITRE PREMIER

DONNÉES GÉNÉRALES ET CLASSIFICATION

DES TUMEURS DES MACHOIRES

Les divers néoplasmes qui envahissent le tissu osseux, peuvent siéger sur les maxillaires. Mais, la présence des dents sur les mâchoires est une cause, pour celles-ci, de développement de tumeurs spéciales, dans certains cas. C'est pourquoi, considérant à la fois, l'os et la dent, nous sommes amenés à diviser les tumeurs des mâchoires en deux groupes :

1° Tumeurs d'origine dentaire.

2° Tumeurs d'origine non dentaire.

Cependant, nous devons remarquer d'ores et déjà, que les tumeurs qui entrent dans la composition du second groupe, ne sont pas forcément indépendantes du système dentaire. Il peut se faire, en effet, que leur développement soit sous la dépendance ou d'une altération pathologique des dents ou de la présence des débris épithéliaux que laisse dans la mâchoire la formation des dents. Le rôle de ces débris paradentaires, dans la genèse de ces tumeurs, a été mis en relief par Malassez, dont l'opinion est, aujourd'hui, la plus communément acceptée.

Considérant, maintenant, l'évolution de ces néoformations et leur pronostic, nous pouvons diviser les tumeurs des maxillaire en :

1° Tumeurs bénignes.

2° Tumeurs malignes.

Ces dernières seules nous occuperont dans ce travail.

Toutefois, la corrélation de ces deux groupes entre eux pouvant être très grande, nous sommes obligés de donner un exposé très bref des tumeurs bénignes, envisageant ces dernières dans les deux grands groupes que nous avons indiqués, au début de cette étude : tumeurs d'origine dentaire et tumeurs d'origine non dentaire.

A. — Tumeurs d'origine dentaire.

Le groupe des tumeurs d'origine dentaire comprend non seulement les tumeurs qui prennent naissance aux dépens des germes dentaires destinés à la formation des dents normales, mais encore celles qui proviennent des débris épithéliaux paradentaires. Ces tumeurs sont solides ou liquides. Les premières constituent le groupe des tumeurs mixtes d'origine dentaire, les secondes celui des kystes d'origine dentaire.

Pour en donner une classification naturelle, nous pouvons considérer, à la fois, les caractères des tissus qui prédominent dans leur composition et leurs rapports intimes avec la dent, auprès de laquelle elles ont pris naissance.

Les adamantomes (tumeurs solides) et les kystes adamantins (tumeurs liquides) sont constitués par les tissus de l'organe de l'émail à l'état embryonnaire.

Les odontomes (tumeurs solides) et les kystes dentifères (tumeurs liquides), renferment des tissus dentaires à l'état adulte, groupés d'une façon irrégulière ou sous forme de dents plus ou moins rudimentaires.

Les parodontomes (tumeurs solides) et les kystes paraden-

taires (tumeurs liquides), sont des tumeurs développées auprès d'une dent ayant effectué dans la bouche son éruption régulière. Elles s'implantent soit au collet de la dent, soit sur ses racines. Nous subdiviserons donc, avec Broca, les parodontomes en parodontomes coronaires et parodontomes radiculaires.

Conclusions histogéniques. — Sans vouloir faire une étude histologique de ces tumeurs, sans envisager les différentes théories qui ont été émises au sujet de leur origine, de leur mode de formation et d'évolution, théorie bulbaire de Broca, théorie épithéliale de Malassez et Chibret, théorie adamantine de Magitot, Stokes et Bernays, nous devons indiquer les conclusions histogéniques actuellement admises à leur sujet :

1° La plupart des tumeurs qui nous occupent sont d'origine paradentaire.

2° Leurs rapports avec la dent correspondante varient avec le degré de croissance qu'avait atteint cette dent ou son germe, au moment où a proliféré le débris paradentaire.

3° Toutes ces tumeurs paradentaires sont des tumeurs mixtes qui ne diffèrent, au point de vue histologique que par le degré d'évolution vers l'état de tissus dentaires adultes, auquel elles sont parvenues.

4° Toutes les tumeurs d'origine paradentaire ont, comme point de départ une prolifération épithéliale sous forme d'adamantome ou de kyste.

(Ombrédanne).

Evolution et Pronostic. — Le pronostic de ces tumeurs est, en général, bénin, leur évolution très lente.

Les adamantomes, en effet, contenus dans un sac fibreux auquel ils adhèrent plus ou moins, sont entourés par une coque osseuse formée par le maxillaire inférieur refoulé, distendu mais non envahi, ce dernier étant leur siège d'élection.

Dans certains cas, la tumeur peut rompre cette barrière et prendre un volume considérable, susceptible d'augmentation constante, mais cependant très lente.

L'odontome est également logé dans une capsule fibreuse mince, doublant la coque osseuse qui l'enveloppe ; d'autre part, du moment où ses éléments se sont transformés en tissus dentaires adultes, la tumeur n'augmente plus de volume.

Les parodontomes sont aussi des tumeurs dures, circonscrites, à évolution très lente.

En résumé, ces différentes tumeurs sont encapsulées dans une coque osseuse et restent longtemps bénignes.

Cependant, elles peuvent présenter un stade ultime d'évolution maligne. L'épithelium peut prendre les caractères embryonnaires et donner naissance à des *epitheliomas* des mâchoires, d'un pronostic fatal. Le tissu conjonctif peut, lui aussi, prendre le caractère embryonnaire et donner naissance à des *sarcomes* de gravité moindre, mais qui ne sauraient être considérés comme des tumeurs bénignes. D'ailleurs, l'adamantome peut récidiver après l'ablation, deux et trois fois et plus, témoin le malade de Faure, opéré incomplètement à vingt et un ans, revu à quarante ans, et qui avait curetté lui-même les bourgeons exubérants de sa tumeur, tous les quinze jours pendant dix-sept ans. Cette tumeur est susceptible de généralisations et de métastases. L'adamantome présente donc une certaine malignité. Les odontomes, au contraire, tumeurs plus âgées, arrivées au terme ultime de leur développement, ne récidivent pas, après ablation, comme les adamantomes.

Les paradontomes, de volume très minimes, composés de tissus adultes, ne récidivent pas, après extraction.

De ce rapide exposé des tumeurs d'origine dentaire, il résulte que, seuls les adamantomes, généralement bénins, sont susceptibles d'acquérir, malgré tout, une certaine malignité. Ils entrent donc dans le cadre de notre travail, et nous nous

réservons, lorsque nous envisagerons le traitement des tumeurs malignes, de donnerquelques indications opératoires à leur sujet.

B. — Kystes d'origine dentaire.

A la suite des tumeurs mixtes d'origine dentaire, nous devons donner une ébauche de classification de ces tumeurs liquides, dont nous avons parlé au début de ces considérations générales, et que l'on dénomme *kystes d'origine dentaire.* Nombreuses sont les classifications qui en ont été données. Nous nous arrêterons à la plus récente, celle qui dérive naturellement des idées acceptées aujourd'hui au sujet de l'histogénèse des tumeurs des mâchoires d'origine dentaire, celle qui admet l'origine paradentaire de ces formations. Nous distinguerons alors :

1° Les kystes adamantins;
2° Les kystes dentifères;
3° Les kystes paradentaires;

Kystes adamantins. — Ils se développent en un point du maxillaire où, une dent permanente, qui aurait dû faire éruption, n'est pas apparue. Ils peuvent être constitués par des tissus représentant ceux de l'organe de l'émail à l'état embryonnaire.

Ces tumeurs peuvent être très volumineuses; elles sont contenues dans une poche fibreuse qui envoie à l'intérieur du kyste des cloisons constituant un certain nombre de loges. On peut admettre que ces kystes adamantins, tirent leur origine soit de l'organe adamantin (théorie folliculaire) soit des débris paradentaires (théorie paradentaire).

Cet kystes, bénins au point de vue histologique, peuvent acquérir cliniquement une certaine malignité, par la gène qu'ils sont susceptibles d'apporter à la mastication, à la déglutition et surtout à la respiration.

2° *Kystes dentifères.* — Ils contiennent des tissus dentaires à l'état adulte, soit disséminés, soit groupés de manière à former une ou plusieurs dents, ou tout au moins une ébauche de dent.

Ils sont contenus dans une poche à parois minces.

Ils proviennent, soit de la transformation kystique de l'organe adamantin (théorie folliculaire de Tellier et A. Broca), soit de l'hypergénèse des débris paradentaires.

La récidive après ablation est assez fréquente.

3° *Kystes paradentaires.* — On en décrit trois variétés :

1° Les kystes appendiculaires ;

2° Les kystes radiculaires ;

3° Les kystes juxta-dentaires.

Ces tumeurs proviennent toujours des formations épithéliales qui se sont incluses dans le maxillaire pour assurer la formation des dents.

Le pronostic de ces kystes est plus bénin que celui des tumeurs précédentes, en ce sens qu'à l'inverse, de ce qui se produit chez elles, la récidive est rare après intervention.

Cependant, malgré la bénignité histologique des tumeurs kystiques, nous assistons, après intervention à des récidives fréquentes. De ce fait, nous pouvons considérer ces tumeurs, au point de vue clinique, cela s'entend, comme de véritables néoplasmes à répétition, que l'on doit traiter comme des tumeurs malignes.

C'est pourquoi, nous avons cru qu'il était utile, avant de nous occuper des tumeurs qui font l'objet de notre travail, de donner un exposé rapide de ces diverses néoformations, dont le traitement est, à notre avis, semblable à celui que nous allons considérer, car si elles ne sont pas justiciables de résections totales, on peut admettre pour elles la résection partielle du rebord alvéolaire, voire même de l'os.

C. — Tumeurs malignes des mâchoires.

Après ce rapide exposé des tumeurs d'origine dentaire, nous allons envisager, ce qui fait véritablement l'objet de notre travail, les tumeurs malignes des mâchoires.

Pour la clarté de l'exposition, nous diviserons les tumeurs malignes en deux grandes classes : l'une comprenant les tumeurs d'origine mésodermique, *les Sarcomes*, l'autre constituée par les tumeur d'origine ectodermique, *les Epithéliomas*.

Cette division, n'a cependant rien d'absolu, car un certain nombre de tumeurs à évolution maligne, sont des tumeurs mixtes contenant à la fois des éléments conjonctifs et des éléments épithéliaux.

SARCOMES

On peut diviser ces néoplasmes en trois groupes.

1° Epulis ;

2° Sarcomes centraux ou myélogènes ;

3° Sarcomes périphériques ou périostiques.

Les Epulis sont les tumeurs de beaucoup les plus fréquentes, si on s'en rapporte au relevé de Polosson et Bérard qui donne :

Au maxillaire inférieur 93 épulis, 29 sarcomes périostiques et 17 sarcomes centraux, contre 75 épulis, 7 sarcomes périostiques et 2 sarcomes centraux au maxillaire supérieur.

1° *Epulis*. — L'épulis a donné lieu à de nombreux travaux depuis la découverte des myéloplaxes par Ch Robin en 1849, et c'est sous le nom d'épulis sarcomateuse à myéloplaxes qu'on la décrit généralement.

Antérieurement le mot épulis servait à désigner les tumeurs les plus diverses. On décrivait comme épulis aussi bien les can-

cers, les sarcomes, les tumeurs érectiles que les simples abcès et les fongosités les plus bénignes des gencives.

C'est Ambroise Paré le premier, qui a fait une description assez exacte de l'anatomie pathologique de ces tumeurs.

Mais après lui, ces tumeurs ne font l'objet d'une étude approfondie que vers la fin du siècle dernier.

Jourdain en 1778, qui va jusqu'à appeler épulis les lésions gingivales du scorbut, reconnait cependant le scléro-sarcome ou sarcome des gencives qu'il sépare des varices gingivales.

Bégin donne une division des épulis qui se rapproche de celle admise aujourd'hui. Il distingue deux variétés d'épulis : l'une, molle, spongieuse et très vasculaire ; l'autre, au contraire dure et incompressible, composée de tissu serré, très peu vasculaire. En 1845, Lebert (physiol. pathol. d'après Müller) découvre les grandes cellules multinucléées dont sont composées ces tumeurs.

En 1850, le professeur Ch. Robin identifie les myélo plaxes, éléments normaux de la moelle des os, avec les cellules multinuclées, les cellules mères fibroplastiques de Lebert.

En 1856, E. Nélaton présente à la société d'anatomie, une observation clinique, qu'il intitule « tumeur à myéloplaxes ».

En 1857, Saurel, dans la revue thérapeutique du Midi, tente une description de l'épulis, mais il fait figurer, à côté de la forme fibreuse et sarcomateuse, des tumeurs érectiles, des fougosités banales et du cancer.

En 1860, paraît la thèse de Nélaton, dans laquelle on trouve nettement exposée la marche clinique de ces tumeurs. De plus, continuant les recherches anatomo-pathologiques, il indique l'existence de modifications sérieuses dans le pronostic de cette affection : suivant que ces cellules à myéloplaxes se trouvent mêlées plus ou moins intimément à des éléments fibro-plastiques.

Enfin, récemment, Cornilet Ranvier, Virchow, Billroth et

d'autres ont fait de sérieuses recherches sur ces tumeurs.

Nous n'avons tracé à dessein, qu'une rapide esquisse historique, aussi nous avons dû omettre de citer les travaux de Mangel, Léveillé, Giraldès, Samuel Cooper, Forget, Vidal de Cassis, Grau, Rokitanski.

En résumé, quelle est actuellement l'opinion générale sur l'épulis ? Quelles tumeurs y faut-il faire rentrer ? Ici, les avis sont encore partagés. Quelques auteurs n'admettent comme épulis que le sarcome superficiel, d'autres (Melleville Wassermann) rangent encore sous l'étiquette d'épulis tous les néoplasmes prenant naissance sur le prolongement dentaire (Zahnforsatze) du maxillaire et ils les divisent en tumeurs de granulations et sarcomes.

La plupart, comme l'indique Gruet, dans sa thèse, « reconnaissent deux groupes de néoplasmes, le fibrome et le sarcome nés de la charpente osseuse du bord alvéolaire, et qui, tant par leur point de départ que par leurs symptômes, leur évolution et leur marche habituelle, paraissent former un ensemble, un tout, ayant une individualité bien nette et bien marquée. »

Ces quelques considérations sur l'historique de la question des épulis, terminées, nous allons essayer de donner une classification de ces tumeurs.

Les épulis ne comprennent pas seulement les tumeurs fibromateuses et sarcomateuses du rebord alvéolaire.

Les épulis à constitution de fibrome pur sont une rareté, et, à part quelques cas, rares aussi, de tumeurs épulidiennes sarcomateuses à variété histologique unique, on ne retrouve pour ainsi dire jamais d'épulis formées par un seul tissu. On peut, en revanche, rencontrer de nombreuses variétés où les divers tissus conjonctifs se mêlent.

Voici les tissus, appartenant tous au système connectif, que l'on trouve dans la composition des épulis (restrictions faites pour quelques groupes, ainsi que nous l'indiquons dans le

tableau suivant, emprunté à la thèse de Stepinski) :

A) *Tissu muqueux, entrant dans la composition de l'épulis myxomateuse.*

Tissu muqueux. — *sarcomateux.*	= Epulis myxosarcomateuse.
B) *Tissu fibreux*	Epulis fibromateuse.
C) *Tissu osseux* ..... — *cortilagineux*	Ostéome. Chondrome. } *Ne sont pas des Epulis.*
D) *Tissu osseux.* — *fibreux.*	Epulis ostéo-fibro mateuse.
E) *Tissu fibreux.* — *cartilagineux*	Epulis chondro fibromateuse.
F) *Tissu sarcomateux*	*a*) Sarcome globocellulaire (encéphaloïde) *n'est pas une Epulis.* *b*) Sarcome à cellules polymorphes *Epulis.* *c*) Sarcome fuso cellulaire (fasciculé) *Epulis.* *d*) Sarcome à myéloplaxes *Epulis* la plus fréquente.
G) *Tissu sarcomateux* — *fibreux.*	Epulis fibro-sarcomateuse.
H) *Tissu sarcomateux* — *osseux.*	Epulis ostéo-sarcomateuse.
I) *Tissu sarcomateux* — *fibreux.* — *osseux.*	Epulis ostéo-fibro-sarcomateuse.

Indépendamment de ces épulis, où l'on ne rencontre que des tissus conjonctifs, on peut avoir affaire à des tumeurs de tissu conjonctif avec adjonction de tissu épithélial.

Aussi, pouvons-nous diviser les épulis en deux grandes classes :

1° *Epulis simples, conjonctives* ;

2° *Epulis mixtes, épithélio-conjonctives.*

Ce dernier groupe est excessivement restreint. La majeure partie de la tumeur est formée par des tissus du groupe conjonctif (fibrome ou sarcome), le tissu épithélial n'y occupe qu'une place secondaire et sa prolification est toujours de nature bénigne, bien limitée et non envahissante.

Avant de terminer ces quelques considérations sur les épulis, nous croyons indiqué d'en discuter le *pronostic*. Cette discussion a son importance, car, on pourra en tirer des indications opératoires pour le traitement de ces tumeurs.

Diverses opinions ont été émises au sujet de ce pronostic.

Pour les uns, les épulis sont des tumeurs essentiellement bénignes. C'est ainsi que pour Broca et Nélaton l'épulis sarcomateuse à myéloplaxes n'a aucune tendance à récidiver et aucune à se généraliser.

Les arguments que Broca invoque en faveur de la bénignité de ces épulis sont les suivants : « elles ont pu persister, dans certains cas, pendant des années entières, sans entrainer de graves conséquences, elles n'ont presque aucune tendance à s'ulcérer et les ganglions lymphatiques sont presque toujours restés dans un état d'intégrité parfaite.

Pour d'autres, la malignité est le caractère primordial de ces tumeurs. Pour d'autres enfin, les épulis, tumeurs primitivement bénignes peuvent dégénérer en tumeurs malignes.

D'ailleurs, la forme histologique doit, sérieusement, être prise en considération, car, tandis que la forme à prédominance de tissu fibreux se développe lentement, les formes sarcomateuses, globo-cellulaire et fuso cellulaire, présentent une gravité incontestable.

Le Fort et Terrillon, ont observé la mort par généralisation osseuse. Dans un cas aussi, Heath a eu récidive, avec transformation épithéliomateuse.

On sait, du reste, que si d'ordinaire, après une intervention d'apparence complète, tout se passe sans incident, il est des cas où la généralisation peut encore se faire.

Chez certains sujets, l'épulis sarcomateuse est aussi grave que le sarcome central et il se développe parfois même d'une façon intense.

Bien plus, dans le cas d'épulis fibreuse, la récidive est encore possible. Au cas, enfin, où l'on n'opère pas, de tumeur bénigne qu'elle était, l'épulis peut évoluer, nous l'avons dit, et devenir une tumeur maligne, comme on le voit dans la transformation d'adénome du sein en cancer.

Cependant, quand l'intervention a été complète, quelle que soit la forme anatomique observée, la guérison sans récidive est presque toujours obtenue, ainsi que nous le rapportons dans nos observations.

2° *Sarcome central ou myélogène.* — Débute en plein massif osseux. Parmi ces sarcomes centraux, les uns sont enkystés dans une coque osseuse, ce sont les moins malins ; les autres au contraire, sont infiltrés dans le tissu osseux ; ce sont des formes beaucoup plus malignes. Dans cette catégorie, entre la variété perforante de A. Nélaton.

3° *Sarcome périphérique ou périostique.* — Ce sont des tumeurs globuleuses ou ovoïdes, lisses ou bosselées, de consistance très dure, en général.

Cette classification des sarcomes des mâchoires est fonction de leur localisation initiale. Nous pouvons, maintenant, nous placer au point de vue de l'histologie pathologique et distinguer un certain nombre de variétés histologiques de sarcomes des mâchoires :

1° *Tumeurs à myéloplaxes.* — Représentent plus de 75 p. 100 des néoplasmes observés au niveau des mâchoires. Elles se présentent le plus souvent sous la forme d'épulis ; rarement ce sont des tumeurs centrales et exceptionnellement des tumeurs périostiques.

2° *Sarcomes encéphaloïdes ou globo cellulaires.* — C'est une forme de sarcome extrêmement maligne.

3° *Sarcomes fasciculés ou fuso-cellulaires.* — Ce sont le plus souvent des tumeurs périostiques ; elles ont une allure moins rapide que les précédentes et semblent aussi moins malignes.

4° *Endothéliomes.* — Ce sont des tumeurs d'une malignité aussi grande que celle des sarcomes globo-cellulaires. D'après Vignard et Gallavardin, ils seraient des néoplasmes très malins se généralisant fréquemment au squelette et aux poumons.

Hollande au contraire admet que les endothéliomes présentent une bénignité relative, et, qu'après évidemment complet, la guérison persisterait quatre fois sur cinq.

5° *Myxo-sarcomes* composés d'un réseau myxomateux et d'éléments embryonnaires.

6° *Chondro-sarcomes.* — Ces tumeurs ont été observées sous forme d'épulis ou de tumeurs centrales.

7° *Sarcomes ostéoïdes* — Ce sont des tumeurs caractérisées par la présence d'aiguilles calcifiées qui, parties de l'os traversent la tumeur. — Ce sont des tumeurs excessivement malignes, d'après J. Müller.

On peut considérer comme des variétés de cette forme, le chondro-sarcome ostéoïde de Brault et l'enchondrome ostéoïde de Estor.

8° *Sarcomes ossifiants.* — Ce sont des tumeurs traversées par des travées de tissu osseux à l'état adulte.

Marche et pronostic des sarcomes. — Les tumeurs à myélophaxes, évoluent d'autant plus vite qu'elles contiennent davantage d'éléments embryoplastiques. Ce sont les tumeurs encéphaloïdes qui évoluent avec la plus grande rapidité.

Les sarcomes des mâchoires, en général, évoluent assez lentement. Le pronostic de ces tumeurs varie beaucoup avec leur forme histologique. On peut dire que les tumeurs à myé-

lophaxes sont relativement bénignes. Après une ablation complète elles ne récidivent pas, mais si l'intervention a laissé des parcelles de tumeurs, la récidive se produit sur place. Nous aurons l'occasion dans le prochain chapitre, eu égard au traitement de ces tumeurs, de revenir sur la nécessité d'une large ablation

Toutes les autres variétés de sarcomes sont plus graves. La généralisation est très fréquente et la récidive sur place ou à distance, survient dans environ cinq cas sur six d'après Estlander.

CANCERS.

Au point de vue strictement anatomique, il n'y a de cancer, c'est-à-dire de tumeur épithéliale maligne, aux maxillaires, que l'épithélioma adamantin dont la description a été faite avec les néoplasmes d'origine dentaire, et qui résulte de la prolifération des débris épithéliaux paradentaires.

En dehors de cette variété, le cancer primitif n'existe pas plus à la mâchoire que dans le reste du squelette, de l'instant qu'il n'y a pas d'élément épithélial dans les os. Le cancer des maxillaires est toujours un épithélioma primitif des parties molles adjacentes : muqueuses, peau, organes glandulaires, qui a envahi secondairement l'os.

En clinique, nous pouvons distinguer deux espèces de cancers propagés aux maxillaires : un épithélioma primitif, de la face, des lèvres, de la langue ou du plancher buccal, de l'amygdale ou du pharynx, de la parotide ou de la glande sous-maxillaire, n'adhère au squelette et ne l'envahit qu'à un stade avancé de son évolution ; la propagation n'est alors qu'un phénomène secondaire.

Au contraire, l'épithélioma des muqueuses qui recouvrent directement le maxillaire inférieur ou le maxillaire supérieur,

c'est-à-dire, des gencives, de la voûte palatine, du sinus maxillaire, envahit l'os dès les premiers stades de son développement ; ce sont les tumeurs de ce genre que l'on désigne sous le nom de cancers des mâchoires. Nous le répétons, ce ne sont que des cancers primitifs de la muqueuse buccale ou nasale propagée aux maxillaires.

La variété histologique du cancer dépend de son point de départ : quelques tumeurs primitives du sinus maxillaire ou des fosses nasales sont des *épithéliomas cylindriques*. Tous les cancers d'origine buccale et la plupart des cancers d'origine nasale sont des *épithéliomas pavimenteux*.

L'épithélioma adamantin, bien qu'histologiquement malin, se comporte presque toujours cliniquementcomme une tumeur relativement bénigne. L'état général reste toujours bon. Les ganglions ne sont jamais envahis par le néoplasme.

Cependant, on constate de fréquentes récidives après ablation, si on se borne à des opérations conservatrices. Il faut de larges opérations, avec résection osseuse dépassant le mal, et un curetage complet de toute la région.

Les cancers sont des tumeurs beaucoup plus malignes que les sarcomes. Les parties saines des maxillaires sont rapidement infiltrées et le mal se propage de bonne heure aux parties molles voisines

L'épithélioma du maxillaire inférieur envahit le plancher de la bouche, la glande sous-maxillaire, les muscles masticateurs la peau.

Le cancer d'un maxillaire supérieur dépasse rapidement la ligne médiane, déforme tout le massif facial, remplit les fosses nasales et l'orbite, et finalement envahit la base du crâne.

La propagation s'étend aux ganglions lymphatiques sous-maxillaires pour le cancer de la mâchoire inférieure, ou aux ganglions latéro-pharyngiens pour le cancer du maxillaire supérieur.

La généralisation viscérale est précoce ; la cachexie fait de rapides progrès.

CHAPITRE II

TRAITEMENT DES TUMEURS MALIGNES

De nombreux traitements ont été essayés pour la guérison des tumeurs malignes des mâchoires, tous calqués sur ceux appliqués aux néoplasmes des autres régions.

On a, tour à tour, mis à contribution la fulguration par l'étincelle de haute fréquence, l'application d'air surchauffé, l'électrolyse, la cautérisation profonde de la tumeur et de son point d'implantation. Toutes ces méthodes ont échoué ou du moins n'ont eu que des succès de courte durée, la récidive survenait à plus ou moins brève échéance, car le pédicule de la tumeur n'est pas absolument détruit.

Les seuls résultats durables sont dus au traitement par ablation large de la tumeur et résection des parties osseuses environnantes plus ou moins infiltrées. On obtient ainsi des succès confirmés après trois, cinq, dix ans et même plus, ainsi qu'on pourra le voir par le nombre des observations que nous joignons à notre travail.

Mais, nous ne saurions trop recommander d'avoir toujours présents à l'esprit, les principes suivants :

1° Pratiquer l'opération de bonne heure ;

2° Et surtout faire de larges opérations.

Les opérations économiques, résections et évidements donnent rarement des succès, même pour des sarcomes à myéloplaxes, espèces relativement bénignes, mais capables néanmoins de généralisations ou pour les sarcomes périostiques accessibles, circonscrits, laissant le reste de l'os net et sain, bien encapsulés. Le principe formulé par Ollier : « La chirurgie la plus conservatrice est celle qui enlève le plus » sera notre meilleur guide.

Dépasser largement le mal voilà la règle.

Il est cependant des indications que l'on ne doit pas méconnaître. Et d'abord, il faut par un diagnostic précis, établir que l'on a affaire à une tumeur maligne. Cela n'est pas toujours facile. Il faut apprécier exactement les limites du mal et savoir dans quelles proportions on doit réséquer.

Une tumeur maligne des maxillaires, permet rarement de réaliser des économies opératoires. Il faut faire largement son opération, poursuivre le néoplasme dans ses trainées voisines, dans ses foyers ganglionnaires.

Les indications opératoires sont les suivantes : lorsque la rapidité évolutive de l'affection, les souffrances, les hémorragies, les ulcérations fongueuses et suintantes de la gencive, la chute précoce des dents, la prompte extension du mal aux parties voisines, l'invasion ganglionnaire, dénoncent la malignité d'un néoplasme du maxillaire, l'intervention doit être hâtive et radicale.

Mais, l'intervention n'est pas toujours possible. L'étendue du mal et l'état général du malade sont souvent des contre-indications. Il est, en effet, inutile de faire courir les chances d'une opération à un malade, empoisonné de bonne heure par le suintement ichoreux ou anémié par de fréquentes hémorragies buccales. L'opération est aussi inutile s'il est impossible d'enlever tout le mal.

1° TRAITEMENT DES EPULIS

Les règles du traitement de l'épulis ont été posées en 1860 par Nélaton. On les suit encore aujourd'hui.

Technique opératoire. — 1° D'abord, extraction de la dent ou des dents englobées dans l'épulis. D'ailleurs, on se trouve souvent, dans la pratique, débarrassé de cette question ; car le malade ayant éprouvé dès le début de son affection des douleurs dans la mâchoire, a commencé par se faire enlever une ou deux dents.

2° Excision de la Tumeur.

Après injection de cocaïne, on circonscrit, au bistouri, le point d'implantation de la tumeur sur la gencive. L'incision sera profonde ; elle ira d'emblée jusqu'au périoste. La compression avec des tampons d'ouate stérilisée suffit d'ordinaire à l'hémostase ; en cas d'insuccès, il faut employer le thermocautère au rouge sombre et ne jamais aborder l'os avant d'avoir assuré l'hémostase parfaite des parties molles.

La tumeur est ainsi extraite, mais il ne faut pas s'arrêter à ces deux premiers temps de l'opération : la récidive ne se ferait pas attendre.

3° Résection soit à la pince coupante, soit à la gouge de Legouest, soit à la gouge et au maillet de toute la portion du bord alvéolaire qui contient le véritable pédicule. Il ne faut s'arrêter que lorsqu'on a la sensation de reposer sur de l'os sain, de l'os de bonne qualité. On enlèvera à la curette les germes de dents que l'on peut rencontrer si on opère sur un sujet jeune.

Le tissu osseux saigne ; la compression arrête l'hémorragie, à moins que l'on ne préfère appliquer sur la surface saignante un léger enduit d'un mastic, formé de cire vierge et d'iodoforme à parties égales.

Les jours suivants l'opération, le malade multiplie les soins antiseptiques buccaux.

La cicatrisation ne se fait pas longtemps attendre, et, quand la perte de substance est par trop large, on y remédie par l'application d'un appareil de prothèse.

Après une ablation faite selon les règles que nous venons d'indiquer, les résultats opératoires sont excellents.

Toutes les fois que l'on a pratiqué la large résection alvéolaire, la guérison s'est maintenue cinq ou six ans après l'opération et même davantage, ainsi qu'en témoignent les nombreuses observations relatées dans notre travail.

2° TRAITEMENT DES AUTRES TUMEURS MALIGNES.

1° *Pour le maxillaire supérieur.*

Comme principe général, nous devons poser qu'il n'y a qu'un traitement des tumeurs malignes des mâchoires, c'est la résection large de l'os avec ablation des parties molles envahies et des ganglions infiltrés.

Plusieurs procédés opératoires se trouvent en présence pour la résection du maxillaire supérieur :

1° La résection classique en bloc.

2° L'opération atypique par morcellement avec la grande pince emporte pièce, de J.-L. Faure.

Envisageons d'abord les opérations classiques.

On distingue quatre variétés principales de résections du maxillaire supérieur.

1° Résection totale (sous-périostée ou extra-périostée).

2° Résection totale avec ablation de l'os malaire.

3° Résection totale des deux maxillaires.

4° Résection partielle avec ses différentes modalités.

On peut faire ces différentes résections en se servant soit de

la méthode sous-périostée, soit de la méthode extra-périostée.

Nous ne devons nous occuper ici que des méthodes extra-périostées, car seules elles donnent des résultats durables dans le traitement des tumeurs malignes, et seules, d'ailleurs, elles doivent être employées.

Méthode extra-périostée. — Ablation large.

Dans cette opération, on enlève, outre le maxillaire supérieur et l'os malaire, le palatin, le cornet inférieur, une portion plus ou moins considérable du malaire, de l'unguis, de l'ethmoïde. Toutefois on peut, relativement au malaire, distinguer deux variantes d'opération, suivant qu'on fait à son niveau une seule section osseuse, auquel cas on enlève très peu de cet os, ou deux sections osseuses portant l'une sur sa portion zygomatique, l'autre sur sa portion orbitaire, auquel cas on l'enlève à peu près dans sa totalité.

Le plan général de l'opération est le même dans les deux cas.

De nombreux types d'incisions ont été conseillés. Celle qui doit être préférée, en ce qu'elle donne un jour suffisant, tout en donnant le moins de difformité, est l'incision dite de Liston, qui se dissimule en partie dans les plis naturels de la face.

Cette opération doit être vivement conduite. Aussi doit-on viser successivement la section des trois points d'attache du maxillaire, dans l'ordre suivant :

1° section du malaire ;
2° section de l'apophyse montante ;
3° section de la voûte.

Actuellement, il est d'usage de ne pas faire d'emblée l'incision des parties molles, mais de la diviser en trois temps correspondants chacun à une des trois sections osseuses. De cette façon, on évite l'effusion du sang dans la cavité buccale ou

nasale. En agissant ainsi, une bonne partie de l'opération s'exécute avant l'ouverture des cavités naturelles.

La position de Rose est la plus communément adoptée.

Temps opératoires.

A) *Premier temps ; incision de la peau.* — Elle commence au milieu du bord libre de la lèvre supérieure et remonte verticalement jusqu'à la sous-cloison ; de là, elle suit le contour de l'aile du nez, remonte le long du sillon nasogénien, jusqu'au bord inférieur de l'orbite, de là se porte le long du bord inférieur de l'orbite, qu'elle abandonne près de son extrémité externe pour se porter sur la face externe de l'os malaire, plus ou moins loin suivant qu'on veut enlever cet os en totalité ou en partie.

Cette incision, nous l'avons déjà dit, sera décomposée en trois temps, correspondant aux temps d'attaque des trois segments du trépied osseux.

a) *Première attaque : section de l'os malaire.* — On parcourt, au bistouri, la portion de l'incision qui s'étend de la partie inférieure de l'aile du nez au malaire. On coupe jusqu'à l'os le long du bord inférieur de l'orbite et sur le malaire.

Inciser l'aponévrose palpébrale le long du bord inférieur de l'orbite ; avec la pulpe de l'index, séparer le tissu cellulo-graisseux de l'orbite de la paroi inférieure ; porter cette dissection en dehors jusqu'à la fente sphéno-maxillaire qui doit être bien dégagée.

Disséquer les parties molles de la joue, à partir du grand angle de l'œil, de la face antérieure et extérieure du maxillaire, en s'arrêtant au-dessus du cul de sac gingival : les disséquer du malaire sur ses deux faces antérieure et postérieure jusqu'aux limites de la future section osseuse. Après cela, section de l'os soit avec le ciseau et le maillet, soit avec une forte cisaille de Liston saisissant le bord inférieur du malaire et

dirigée vers l'extrémité externe de la fente sphéno-maxillaire. Cette section portera soit sur le corps du malaire, un peu en dehors de la suture maxillo-malaire ; ou bien, si on veut sacrifier le malaire, on fera plus en dehors deux sections : l'une sur l'apophyse orbitaire externe, l'autre sur l'apophyse zygomatique.

b) Deuxième attaque : section de la branche montante. — Il faut inciser les parties molles de façon à ouvrir la cavité nasale, sur le bord antérieur de la branche montante. Insinuer l'une des branches des cisailles de Liston dans la fosse nasale au niveau du grand angle de l'œil, le long de la lèvre interne de l'incision des parties molles, l'autre branche pénétrant dans la cavité orbitaire dont les parties molles sont protégées par un écarteur.

Cette section est d'une exécution facile.

C) Troisième attaque : section de la voûte palatine. — L'important est de ne pas perdre de temps.

On achève la section des parties molles de la lèvre et du contour de la narine. Saisissant de la main gauche la lèvre supérieure, on la porte en dehors pour tendre les parties, tandis que de la droite on incise le cul-de-sac gingival et on achève la dissection du lambeau génien, jusque derrière la tubérosité maxillaire.

On fait ouvrir largement la bouche et on arrache la première incisive. On introduit la lame du bistouri dans la cavité buccale : à la limite du palais dur et du palais mou, sur la ligne médiane, on ponctionne avec la lame du bistouri dont on dirige la lame transversalement de dedans en dehors, de façon à inciser le voile du palais derrière le bord postérieur de la voûte osseuse. On introduit les branches de la cisaille de Liston, l'une dans la cavité nasale, l'autre dans la bouche, le plus près possible de la cloison, et profondément, et on incise d'avant en arrière la voûte palatine en un ou deux coups.

B) Deuxième temps : arrachement du maxillaire — Saisir l'os avec un fort davier, de la face inférieure de l'orbite à l'arcade dentaire. Abaisser le davier, que l'on tient de la main gauche ; à ce moment, il est bon d'inciser le nerf sous-orbitaire avec un bistouri à la paroi inférieure de l'orbite, afin de ne pas en faire l'arrachement. Extraire l'os par un mouvement combiné d'abaissement et de torsion, qui suffit à rompre l'accolement ptérygo-maxillaire.

Parfois, c'est la partie postérieure du sinus qui se fracture, il en reste des parcelles qu'il faut ensuite extraire.

Pour parer à cette imperfection de l'opération, on peut, avant la préhension de l'os disjoindre les adhérences ptérygo-maxillaires au moyen d'une pince incisive coudée, introduite derrière la tubérosité.

Complications opératoires immédiates. — L'hémorragie est très abondante pendant toute l'opération, mais en somme, elle ne présente rien d'inquiétant ; en dehors des pinces à placer sur les artères cutanées, on ne doit agir ensuite que par tamponnement, un aide sera chargé pendant toute l'opération d'enlever le sang et les caillots du pharynx.

Une fois le maxillaire enlevé, on place un fort tamponnement dans la plaie, ce qui suffit à arrêter l'hémorragie en quelques minutes. Il n'y a presque pas de ligatures à placer et même les artères cutanées ne donnent plus de sang à la fin de l'opération lorsqu'on enlève les pinces.

Pour refermer la plaie, on commence par suturer au catgut le lambeau de muqueuse palatine, si on a pu le conserver, au lambeau cutané de façon à fermer la communication de la bouche avec la fosse nasale. Puis on laisse un tamponnement dans la cavité où existait le maxillaire, tamponnement qui sortira par la fosse nasale. S'il n'y a pas de lambeau palatin, le tamponnement sortira dans la cavité buccale. Par dessus on suture le lambeau cutané.

Application du pansement.

Soins consécutifs. — Pratiquer, dès le premier jour, quatre ou cinq fois par jour, des lavages antiseptiques, dans la bouche, avec une solution de chloral à 1 0/0 ou avec de l'eau oxygénée allongée de quatre fois son volume d'eau.

Il est prudent d'ausculter fréquemment le malade, de le faire ventouser et de l'asseoir aussitôt que possible, de façon à éviter les broncho-pneumonies. Le deuxième jour, retirer le tamponnement nasal et pratiquer de grands lavages dans la bouche et la fosse nasale.

Méthode parostale et ablation extra-périostée irrégulière.

Ces méthodes seront celles qui auront le plus d'indications pratiques à cause de la nature des lésions qui nécessitent l'ablation du maxillaire supérieur, et comme les néoplasmes bénins et circonscrits sont en somme moins fréquents que les néoplasmes envahissants, les larges ablations devront être plus souvent pratiquées.

Résection totale avec ablation de l'os malaire.

Actuellement, dans la majorité des cas de résection totale, on enlève avec le maxillaire proprement dit, le palatin, le cornet inférieur, la moitié du malaire. On peut-être amené à enlever la totalité du malaire lorsqu'il est envahi par les masses néoplasiques.

Résection totale d'un maxillaire
avec résection partielle de l'autre.

Dans quelques cas d'ostéosarcome on peut-être amené à emporter une partie de la voûte palatine et de l'arcade alvéolaire du côté opposé à celui où le mal avait pris le plus de développement.

Nous empruntons à Gosselin la description suivante :

« En pareil cas, la pince coupante ou la scie à chaîne, au lieu d'agir sur la ligne médiane de la voûte palatine, doit être placée sur le côté. De plus, quand la cloison des fosses nasales n'est pas détruite, il est nécessaire de la couper avec de petites pinces de Liston conduites par les narines, avant de procéder aux tentatives d'arrachement. »

(*In correspondance de Chirurgie*).

Résection de la totalité des deux maxillaires avec ou sans les os malaires.

C'est le professeur Heyfelder d'Erlanger qui pratiqua le premier cette opération, en 1844, de la façon suivante :

Après avoir fait deux incisions qui s'étendaient de l'angle orbitaire externe à l'angle correspondant de la bouche, il détacha de la tumeur toutes les parties molles jusqu'aux angles orbitaires internes et jusqu'aux os nasaux en formant un lambeau qui comprenait le nez et la lèvre supérieure et qu'il put renverser sur le front. Le deuxième temps consista : 1° En une section avec la scie à chaîne sur chacune des articulations jugo-maxillaires ; 2° une section de chacune des branches ascendantes avec une partie de l'os nasal correspondant ; 3° une section de la cloison nasale avec de forts ciseaux ; 4° une pesée faite au moyen d'un ciseau sur la partie supérieure de la tumeur pour faire céder les connexions de l'os en arrière, après avoir incisé transversalement le voile du palais au niveau de ses insertions à la voûte palatine.

A côté de ce procédé nous avons celui de Maisonneuve qu'il décrit dans sa chirurgie clinique (1863).

Nous devons remarquer que la résection bilatérale du maxillaire supérieur est, aujourd'hui, à peu près abandonnée, les lésions auxquelles elle s'attaque étant généralement trop avancées pour qu'on escompte quelques chances de guérison, et la difformité consécutive créant une véritable infirmité.

Résections partielles du maxillaire supérieur.

Elles ne s'appliquent qu'à l'extirpation des néoplasmes bénins, aussi nous ne ferons qu'en mentionner les principales variétés :

1° Résection alvéolaire.
2° — alvéolo palatine.
3° — alvéolo-palato-canine.
4° — orbito-canine.
5° — palatine.

Suivant les parties qu'on enlève. (Gosselin).

Complications opératoires.

Le principal danger consiste dans la pénétration du sang dans les voies aériennes et dans la suffocation qui peut en résulter, pendant l'opération. De nombreux chirurgiens, Verneuil, Nussbaum, Rose Kœnig, Schonborn ont essayé de parer à cet inconvénient par des modifications soit dans les temps opératoires, soit dans la position à donner au malade, soit en supprimant l'anesthésie chloroformique, soit enfin en pratiquant la trachéotomie préventive ou encore la ligature de la carotide externe.

Aucune de ces modifications n'a apporté une sécurité absolue au chirurgien. Le mieux est d'aller vite et méthodiquement.

A côté de cette hémorragie primitive, on peut voir survenir une hémorragie secondaire qui peut être très grave par son abondance ou par sa persistance. Si on ne la découvre pas ou si on ne l'arrête pas à temps, elle peut amener rapidement la mort chez les sujets anémiés. La ligature de la carotide primitive a été pratiquée secondairement dans les cas de ce genre pour obvier à un danger pressant.

Une complication non moins importante, qui emporte le

malade en quelques jours, c'est la pneumonie lobulaire septique (schluck pneumonie des Allemands, pneumonie par déglutition). Elle est produite par la pénétration dans les voies aériennes de particules de substance putride, provenant de la plaie, d'où importance de l'antisepsie.

Durant les premiers jours, la déglutition est nécessairement gênée et le malade boit difficilement. La salive et le mucus de la bouche sont fournis en plus grande quantité qu'à l'état normal et tombent en bavant.

Le troisième ou quatrième jour, les surfaces osseus s commencent à suppurer légèrement et le liquide qui s'écoule par la bouche est louche.

On doit défendre au malade tout mouvement de déglutition. Du douzième au quinzième jour, les soupes, les bouillies et la plupart des aliments liquides peuvent être avalés. Aussitôt qu'on le jugera possible on permettra les aliments solides.

La difformité consécutive à cette opération est assez peu marquée. D'ailleurs quand tout est cicatrisé « intus et extra » et qu'il ne reste aucune douleur, on peut corriger cette difformité en faisant porter une pièce artificielle.

Opération atypique par morcellement avec la grande pince emporte-pièce de J.-L. Faure.

in presse médicale 1905.

La technique de J.-L. Faure pour l'extirpation des tumeurs malignes du maxillaire supérieur, se résume en une phrase : les tumeurs malignes du maxillaire supérieur doivent être enlevées par morcellement à la pince gouge.

Tous les instruments employés dans cette opération, sont ceux qui servent à toutes les opérations de la face. Un seul, un peu particulier, est indispensable : il faut avoir une pince emporte-pièce à mors larges et biens tranchants.

Avant la description de cette opération, remarquons qu'il est un grand danger auquel le malade est exposé : l'asphyxie par suite de la pénétration du sang dans les voies aériennes.

Nous avons vu, lors de la description de la résection totale du maxillaire supérieur par la méthode extra-périostée, quelles avaient été les différentes modifications qu'on avait essayé d'imprimer à l'opération pour parer à ce danger.

J.-L. Faure n'est pas partisan de la trachéotomie préventive à cause de l'aggravation incontestable du pronostic opératoire. Cependant, il n'est pas exclusif, et il reconnait qu'il ne faut pas hésiter à la pratiquer si, au cours de l'opération, survienent des difficultés respiratoires pas trop inquiétantes.

Pour J.-L. Faure, le meilleur moyen d'échapper aux ennuis et aux dangers de la pénétration du sang dans les voies aériennes, la seule façon d'éviter d'avoir à trachéotomiser l'opéré, c'est de le mettre dans la position de Rose.

Un autre danger opératoire, dont le premier n'est d'ailleurs qu'une conséquence, tient à l'hémorragie.

Cette hémorragie peut être très abondante dans certaines tumeurs volumineuses et vasculaires. Un tamponnement serré de la cavité du maxillaire enlevé, l'arrête généralement. Cependant, il arrive fréquemment, que l'hémorragie recommence toutes les fois que l'on enlève le tamponnement pour continuer l'opération.

Ces hémorragies répétées, ajoutées les unes aux autres, constituent autant de saignées qui affaiblissent le malade et qui sont d'autant plus funestes que celui-ci est plus anémié.

On se trouve alors en présence d'un dilemme des plus troublants : soit de faire une opération incomplète pour éviter

la trop grande partie de sang, soit de perdre une quantité de sang trop considérable pour arriver à faire une opération complète.

Suivant l'exemple de nombreux chirurgiens qui s'occupèrent de la résection du maxilaire supérieur pour tumeurs malignes, J.-L. Faure conseille de faire la ligature primitive de la carotide externe. D'ailleurs, l'indication s'impose, dans les cas où la tumeur maxillaire s'accompagne de ganglions dans la région carotidienne. On commence alors par l'extirpation de ces ganglions et rien n'est plus simple alors que de lier la carotide externe.

Les malades affaiblis et anémiés, les tumeurs vasculaires et volumineuses réclament impérieusement cette ligature préventive.

Technique opératoire. — On peut se dispenser de faire une incision à la peau, dans le cas où la tumeur s'est développée aux dépens du rebord alvéolaire et lorsqu'il y a lieu de penser qu'elle ne remonte pas trop haut dans le corps de l'os, comblant le sinus et atteignant le plancher de l'orbite.

Dans ce cas, on soulève la lèvre supérieure et on attaque directement la tumeur à la pince gouge. En ayant soin d'arracher les dents qui peuvent gêner, on enlève rapidement, en quelques coups de pince, une bonne partie du maxillaire.

On tamponne à la gaze la cavité ainsi constituée.

Il n'est besoin, en général, d'aucune ligature, et l'opération ainsi comprise demande à peine quelques minutes.

Mais si la tumeur est plus volumineuse, si l'on n'est pas sûr de bien pouvoir atteindre ses limites, il faut faire une grande incision, de façon à opérer son malade le plus largement et le plus commodément possible. On peut également, de cette façon, apprécier la limite des tissus sains et des tissus malades.

Bien se souvenir qu'il vaut mieux faire une incision trop grande qu'une incision insuffisante.

L'incision la meilleure est celle de Liston, généralement connue sous le nom d'incision de Nélaton. Partant de l'angle de l'œil, elle descend le long du pli naso-génien, aborde la narine qu'elle contourne, gagne la ligne médiane au-dessous de la cloison du nez et divise verticalement la lèvre supérieure, exactement en son milieu.

Au point de départ, à l'angle de l'œil, une deuxième incision horizontale se dirige en dehors, tout le long du rebord orbitaire et va plus ou moins loin vers le malaire, suivant qu'on a besoin de plus ou moins de jour.

L'incision faite, le lambeau est relevé en suivant de près l'os avec le bistouri, en décollant au besoin le périoste à la rugine. Si celui-ci n'est pas malade, le chirurgien règlera sa façon de faire sur l'étendue et la disposition des lésions.

Si la tumeur est volumineuse et semble envahir l'os tout entier, comme il est fréquent pour les tumeurs qui, nées dans le sinus détruisent devant elles les parois osseuses qui les renferment, on l'enlèvera progressivement avec la pince gouge.

On commencera par le bord alvéolaire, on enlèvera successivement la voûte palatine, la partie antérieure du maxillaire, la face interne du sinus avec le cornet inférieur et on ne s'arrêtera que lorsque les tissus paraîtront parfaitement sains.

Dans certains cas, on pourra ne pas attaquer le plancher de l'orbite, ce qui a une très grande importance, au point de vue de la protection de l'œil et de son bon fonctionnement ultérieur.

On pourra également, dans quelques cas, conserver la paroi externe du sinus au niveau de la tubérosité du maxillaire. On aura, après cicatrisation, une déformation de la face beaucoup moins manquée.

Dans d'autres cas, la voûte palatine paraît saine. C'est au-dessus d'elle, au niveau de la face antérieure de l'os, entre la fosse canine et le trou sous-orbitaire qu'apparaît la tumeur à travers la paroi osseuse défoncée.

Avec la pince, on enlèvera cette paroi antérieure on extirpera la tumeur, on fera sauter les points osseux paraissant malades, mais on pourra conserver en tout ou en partie le plancher du sinus, la voûte palatine, avantage très appréciable pour la mastication et pour la prothèse ultérieure.

Des hémorragies abondantes accompagnent toujours ces exérèses plus ou moins étendues.

Nous avons vu plus haut comment-on paraît à ces accidents, soit par le tamponnement soit par la ligature préventive de la carotide externe, qui les réduira à leur minimum.

D'ailleurs, le tamponnement suffit, presque toujours, pour triompher des hémorragies les plus effrayantes en apparence.

Après l'ablation de tous les tissus malades, il ne reste plus au chirurgien qu'à suturer la peau.

On laisse le tamponnement durant vingt-quatre heures au moins pour éviter tout suintement sanguin ou pour parer à toute hémorragie secondaire. Dès l'enlèvement de ce tampon, on doit faire de grands lavages, des lavages répétés, dans cette cavité opératoire, car le chirurgien ne doit pas oublier que, s'il est débarassé des accidents qu'aurait pu provoquer l'hémorragie, il doit prévenir la septicémie et ses dangers.

Parallèle de l'extirpation classique du maxillaire supérieur et de l'opération atypique par morcellement.

Avant toute comparaison entre ces deux opérations, nous pouvons poser en principe, que la chirurgie moderne, préfère l'opération atypique par morcellement.

En effet, l'extirpation classique du maxillaire supérieur, ne peut guère être considérée aujourd'hui que comme une opération d'amphithéâtre, car on ne peut l'exécuter correctement qu'avec un maxillaire sain. Si le maxillaire est malade, comme il arrive lorsqu'il est le siège d'une tumeur, il n'offre plus aux mors du davier qu'une résistance insuffisante Il s'écrase et le

chirurgien est obligé d'achever l'opération en arrachant par fragments irréguliers les lambeaux de la tumeur et du maxillaire envahi. D'autre part, la résection classique nécessite le sacrifice de la totalité du maxillaire.

Dans certains cas, on peut et on doit respecter lorsque le mal ne les a pas envahis, le plancher de l'orbite ou la voûte palatine ou bien même la tubérosité du maxillaire.

On doit respecter les parties du maxillaire qui ne sont pas envahies par le néoplasme.

Au contraire, l'opération atypique par morcellement, permet de faire des opérations très limitées, ou tout au moins proportionnées à l'étendue des lésions, et elle permet également de poursuivre les prolongements du mal aussi loin qu'il est nécessaire, sans que les difficultés soient plus grandes. L'on peut, et J. L. Faure, l'a fait plusieurs fois, en allant ainsi devant soi à la rencontre des tissus sains, enlever le maxillaire entier, le malaire, l'ethmoïde, le maxillaire du côté opposé; l'on peut vider l'orbite et pénétrer jusque dans le crâne. Ce dernier ne résiste pas aux mors puissants d'une bonne pince gouge.

L'hémorragie n'est pas plus fréquente dans la seconde opération que dans la première; l'infection n'a pas plus de rapports avec le premier procédé opératoire qu'avec le deuxième.

On voit donc qu'on a tout avantage, à user de l'opération atypique par morcellement, puisqu'avec elle, on ne sacrifie pas, à l'aveugle, la totalité d'un maxillaire, mais qu'au contraire on n'enlève que les parties atteintes.

Gravité de la résection du maxillaire supérieur.

La résection du maxillaire supérieur, est, nous l'avons vu, par les complications qu'elle peut entrainer, une opération fort grave. Cependant peu de malades meurent des suites

directes de l'opération, si nous en croyons les statistiques. Habituellement la guérison est la règle en ce qui touche l'opération, du moins pour les cas publiés.

O Heyfelder (traité des résections page 27, traduit par Bœckel) note sur 141 résections totales du maxillaire supérieur, 57 terminaisons inconnues, 33 morts ou récidives et 51 succès. Pour les résections partielles du maxillaire supérieur, Heyfelder compte sur un total de 153 cas : 48 guérisons, 35 morts ou récidives et 70 terminaisons inconnues.

Les cas de mort sont dus en grande partie à des récidives et non à l'opération elle-même.

D'après une statistique publiée dans le *Médical Times and Gazette* (3 septembre 1859) on ne constate que trois morts sur 17 cas de résections pour tumeurs diverses.

Dieffenbach sur 52 cas de résections plus ou moins étendues n'a pas perdu un seul malade.

La statistique de Langenbeck, d'après Lücke (*Archiv. für. Klinik. Chirurg...* t. III page 291) est moins favorable. Ce chirurgien a fait 20 résections totales dont deux fois les deux mâchoires supérieures simultanément avec 10 cas de mort ; puis 28 résections partielles avec un seul cas de mort.

Cette dernière statistique est bien de nature à justifier des réserves Gosselin, dans *Le Compendium de Chirurgie*, conclut ainsi de l'étude des suites opératoires et de la gravité de l'opération.

« En somme, cette opération, quoique laborieuse et effrayante au premier moment, donne bien plus de succès que de revers. On peut en juger par la statistique suivante de M. Michaux de Louvain.

«Sur 15 cas de résections du maxillaire supérieur en totalité qu'il a faites pour des affections variées, il a perdu un seul malade peu de jours après, par infection purulente ; six malades après avoir guéri de l'opération ont été emportés au bout

d'un temps plus ou moins long par une récidive; huit vivaient encore au moment où ces résultats furent publiés (1865).»

Eslaender a observé vingt cas de résection du maxillaire supérieur pour ostéosarcome.

Dans quatre cas, aucune opération n'a pu être faite, la durée totale de la maladie a varié de cinq à vingt mois, en moyenne près d'un an.

Parmi les seize malades opérés, deux succombèrent peu de temps après l'opération, l'un de méningite, l'autre d'infection purulente; dans un cas, la mort fut due à une maladie intercurrente; dans un quatrième cas le résultat est indécis. Sur les douze malades ayant résisté à l'opération, deux furent guéris définitivement, deux autres eurent des récidives à distance dans les ganglions du cou, enfin les huit autres moururent de récidive sur place.

Cette statistique, moins optimiste que les précédentes, ne donne que 1/8 de guérisons.

Kœnig, lui aussi, s'attache à démontrer la gravité réelle de l'opération.

Küster dans sa statistique (Berlin. Klinick. Woch... 2 et 9 avril 1888, rapporte que vingt-neuf résections totales du maxillaire supérieur lui ont donné huit décès, soit une mortalité immédiate de 27,5 0/0. La mort a été occasionnée 4 fois par une broncho-pneumonie, 2 fois par l'épuisement consécutif à des hémorragies, 1 fois par la cachexie due à des métastases multiples, 1 fois par une gastro entérite hémorragique provoquée par l'emploi thérapeutique du sublimé.

Dans la thèse de Robert, nous relatons la statistique suivante relevée dans le service du Dr Blum : sur 12 cas de résections totales du maxillaire supérieur pour épithéliomas ou sarcomes, 3 fois il y eut guérison pouvant être considérée comme définive, 4 fois il y eut récidive dûment constatée, 3 fois le résultat éloigné resta inconnu, 1 fois enfin la mort survint, au dixième jour

après l'opération d'érysipèle de la face, 1 fois la mort a suivi immédiatement l'opération.

D'après ces chiffres, il nous semble que la récidive des tumeurs malignes, particulièrement de l'épithélioma est fréquente à la suite de la résection. Cependant le chirurgien doit faire bénéficier son malade des rares chances de guérison dont il dispose.

Quant à la résection double du maxillaire, Heyfelder rapporte les faits suivants : 11 résections doubles se sont terminées 6 fois par la mort et 5 fois par la guérison. 2 décès sont à mettre sur le compte de l'opération, 1 opéré a succombé à une apoplexie, 3 autres ont péri par des récidives du cancer après 6, 16 et 23 mois. Somme toute le résultat est assez satisfaisant.

(Heyfelder loc. cit.)

2° Pour le maxillaire inférieur.

De même que pour le maxillaire supérieur, le seul traitement, donnant des résultats opératoires éloignés satisfaisants pour les tumeurs malignes, est la résection large du maxillaire inférieur avec ablation des glanglions envahis. Les variétés de résections que l'on pratique sur le maxillaire, sont nombreuses et variables, selon l'étendue et le siège des lésions.

Nous distinguerons :

1° Résection partielle avec désarticulation unilatérale ;
2° Résection totale ou désarticulation bilatérale ;
3° Résection partielle suivant la largeur ;
4° Résection partielle suivant la hauteur :
a) *Du bord alvéolaire* ;
b) *Du bord inférieur.*
5° Résection de l'articulation temporo-maxillaire.

Nous décrirons simplement : la résection partielle avec

désarticulation unilatérale et la résection partielle suivant la longueur.

La résection bilatérale n'est autre que la résection partielle avec désarticulation unilatérale, faite successivement à gauche et à droite et sans addition de temps opératoires nouveaux.

Quant à la résection de l'articulation temporo-maxillaire seule, elle n'est jamais indiquée, comme opération isolée, dans les tumeurs malignes qui nous occupent.

Résection partielle avec désarticulation unilatérale.

Nous allons décrire comme type l'opération dans laquelle on enlève une moitié latérale de l'os, car on peut enlever plus d'une moitié latérale ou moins d'une moitié latérale à partir de l'articulation.

Données anatomiques. — Le bord inférieur de l'os est sous-cutané. Le bord postérieur de la branche montante est en rapport avec la glande parotide : il est croisé par les branches du facial.

L'intérieur de l'os est parcouru par le nerf dentaire inférieur dont l'orifice d'entrée se trouve situé à la face interne de la Branche montante au niveau de l'épine de Spix ; l'orifice de sortie du nerf incisif se trouve à la partie antérieure de la face externe de l'os.

L'artère dentaire inférieure pénètre dans le canal dentaire avec le nerf.

Les artères carotides, la maxillaire interne sont voisines, mais ne risquent pas d'être intéressées.

L'artère faciale est forcément sectionnée.

Le maxillaire inférieur est d'une très grande dureté. La branche montante comprise entre les masséters interne et externe donne insertion à des fibres aponévrotiques, l'apophyse coronoïde donne insertion au tendon du temporal.

Différents procédés opératoires. — Deux méthodes sont surtout employées :

1° La méthode sous-périostée.

2° La méthode extra-périostée.

De même que pour le maxillaire supérieur la méthode extra-périostée est la seule qui doive être employée dans le traitement des tumeurs malignes.

a) Technique opératoire. — L'incision principale suit le bord inférieur de la mâchoire, se recourbe le long du bord postérieur de la branche montante, mais seulement sur une hauteur de trois centimètres, car en remontant plus haut, on sectionne les branches du facial.

Beaucoup de chirurgiens se contentent de cette incision. D'autres, pour opérer plus librement, adjoignent à cette première incision, une deuxième, verticale, partant du milieu de la lèvre inférieur et rejoignant l'incision précédente à angle droit sur la ligne médiane. Cette deuxième incision favorise beaucoup le travail de la scie, mais a l'inconvénient de laisser une cicatrice.

Une manière de procéder mixte, consiste à faire cette incision verticale, mais à ne pas l'étendre jusqu'au bord libre de la lèvre.

Résection totale. — On peut adopter le plan opératoire suivant :

1° On divise la lèvre inférieure, bien tendue par un aide, sur la ligne médiane jusqu'au dessous du menton. On place une pince sur chaque coronaire.

2° Passer une aiguille courbe de bas en haut derrière la symphyse du menton. Cette aiguille sert à conduire une scie à chaîne.

3° Scier la mâchoire sur la ligne médiane, en se tenant, autant que possible, entre les deux génio-glosses. On enlèvera préalablement l'incisive correspondante. La section de l'os

peut se faire avec une petite scie à main, mais on s'expose à contusionner les parties molles ; la scie à chaîne est préférable, à condition d'avoir à sa disposition un ciseau et un maillet pour achever la section en cas d'accident.

4° De l'extrémité inférieure de la plaie cutanée médiane, faire partir une incision horizontale, parallèle au bord inférieur de la mâchoire, et allant jusque derrière l'angle de cet os. Pincer l'artère faciale.

5° Détacher le lambeau qui résulte de ces deux incisions en rasant la face externe de la mâchoire. Arrivé au niveau de l'angle, détacher soigneusement le masséter et le ptérygoïdien interne, de façon à pouvoir contourner nettement cet angle avec le doigt.

6° Saisir l'extrémité interne de l'os avec les doigts, l'attirer en dehors, et raser la face interne de façon à détacher la muqueuse et les muscles qui s'attachent au bord inférieur ; arriver jusqu'à l'apophyse coronoïde.

7° Couper alors le tendon du cratophyte ; c'est l'un des temps les plus difficiles de l'opération. Il faut abaisser l'os le plus possible et le confier ensuite à un aide ; porter l'index gauche sur le sommet de l'apophyse et diriger sur ce point de forts ciseaux courbes, en rasant la pointe et la face interne de l'apophyse.

8° Dès lors, le maxillaire inférieur ne tient plus que par ses ligaments articulaires et le muscle phérygoïdien externe. Il ne faut pas chercher à diviser ces parties avec le bistouri ou les ciseaux ; procéder par arrachement. Pour cela, saisir le maxillaire avec un davier et lui imprimer un mouvement brusque de traction et de torsion combinées.

Lorsque la lésion de la mâchoire est limitée à la branche montante, il n'est pas nécessaire de pratiquer la section de l'os sur la ligne médiane, mais sur un point sain du corps de l'os.

Résection partielle suivant la longueur.

Nous nous occuperons simplement de la partie moyenne du corps de la mâchoire, applicable soit aux tumeurs médianes et bilatérales, soit aux tumeurs latérales débordant la ligne médiane du côté opposé.

On distingue plusieurs temps opératoires.

Premier temps : section de la peau. — Incision suivant le bord inférieur du maxillaire à la limite de la face et du cou, s'étendant de la future section osseuse à gauche à la future section osseuse à droite.

Cette incision est insuffisante, car les sections osseuses sont laborieuses par suite des parties molles. Si l'on veut opérer facilement, il faut y ajouter une section médiane verticale, intéressant la lèvre et le menton.

Deuxième temps : section osseuse — Ce temps varie suivant que l'on opère avec incision médiane ou sans incision médiane.

Si on a fait une incision médiane, successivement à gauche et à droite, incision du cul de sac gingival antérieur et renversement du lambeau correspondant; section de l'os et section du cul de sac gingival postérieur.

Si on n'a pas fait d'incision médiane, on ponctionne les culs de sac au niveau des sections osseuses, en avant et en arrière.

Protégeant les parties molles avec un écarteur, on sectionne soit à la scie à main, soit à la scie à arbre, ou mieux on commence avec la scie à arbre et on termine avec la cisaille.

Préalablement, on doit arracher les dents correspondantes aux sections osseuses.

Autres méthodes.

1° Procédé de Dupuytren. — Résection du corps de l'os. — On divise de haut en bas, sur la ligne médiane, toute

l'épaisseur de la lèvre inférieure jusqu'à la base de la mâchoire; puis, après s'être assuré avec l'index gauche de la saillie de l'os hyoïde, le chirurgien prolonge jusque là son incision, qui ne doit plus diviser que la peau et le tissu cellulaire. De là résultent deux lambeaux que l'on dissèque jusqu'aux limites du mal, en rasant l'os pour éviter les artères labiales. Ces lambeaux sont renversés en dehors et confiés à des aides; on incise le périoste sur l'os, dans les points où la scie doit porter; et, après avoir bien reconnu les limites de la résection, on arrache de chaque côté la dent correspondante, pour faciliter l'action de la scie.

A ce moment, l'opérateur, armé d'une scie à main très fine, passe derrière le sujet : dans cette position, la section de l'os est plus facile, tandis que, si l'on demeure en avant, l'extrémité de la scie entre dans la bouche et heurte contre la voûte palatine, ce qui double la difficulté de l'opération.

Il est une bonne précaution qui consiste à garantir le nez et la lèvre supérieure avec une lame de plomb ou une compresse épaisse.

La portion d'os malade étant sciée, le chirurgien se reporte en avant, la saisit de la main gauche, plonge un bistouri droit de bas en haut derrière l'os, et incise les chairs qui s'y rattachent en rasant l'os de gauche à droite, pendant qu'un aide écarte la langue.

L'opération est faite.

On lie les vaisseaux; on rapproche les os et les lambeaux de peau, qu'on réunit par suture, en laissant toutefois à l'angle inférieur un espace suffisant pour y placer une petite mèche de charpie et favoriser au besoin l'écoulement de la suppuration. Quand l'étendue de la résection osseuse oblige à retrancher une partie de la peau, on circonscrit le lambeau à enlever, entre deux incisions, qui figurent un V de manière à rapprocher toujours les bords sur la ligne médiane.

2° *Procédé de Malgaigne. — Résection du corps de l'os.* — Ce procédé consiste à détacher la lèvre inférieure de haut en bas, en incisant au fond de la gouttière qui la sépare des gencives, et rasant l'os jusqu'au menton et à quelques millimètres au-dessous, dans une étendue égale à la longueur de la lèvre elle-même. Cette dissection faite, on rabat le lambeau par dessous le menton, où il est retenu par la saillie de l'os même; on a celui-ci sous les yeux et l'on peut procéder à sa section.

En ramenant alors le lambeau à sa place on n'a besoin d'appareil d'aucune espèce et la difformité est mieux masquée que par aucun des procédés connus.

3° *Résection d'un côté du maxillaire inférieur.* — Pratiquer sur la partie médiane de la lèvre inférieure une incision qu'on conduit jusqu'au niveau du bord inférieur du du maxillaire, puis de l'extrémité de cette incision on en trace une autre qui longe le bord inférieur de l'os depuis la symphyse jusqu'à langle de la mâchoire.

Lorsque la tumeur est volumineuse, on est obligé de remonter jusqu'à l'apophyse zygomatique au devant du tragus, divisant ainsi le nerf facial, l'artère faciale et le conduit de Sténon.

On dissèque et on relève ce lambeau en rasant l'os autant que possible; après quoi, on suit le corps de l'os en avant. Puis, écartant en dehors la moitié à désarticuler, on isole l'os à la face interne, en rasant sa surface, pour éviter le nerf lingual et en s'arrêtant au dessous du col ; alors, abaissant l'apophyse coronoïde, on glisse en arrière un bistouri mousse à tranchant concave, ou mieux des ciseaux courbes sur le plat, avec lesquels on coupe de dedans en dehors le tendon du temporal.

Puis, abordant l'articulation, on attire le condyle en avant pour diviser le ligament externe ; et enfin, luxant le condyle en dehors, on divise avec des ciseaux tout ce qui reste de la capsule, et on termine en portant derrière le col un bistouri mousse pour couper le ptérygoïdien externe.

Procédé de Maisonneuve.

Ce procédé est destiné à faciliter le dernier temps de l'opération : la désarticulation qui peut présenter de sérieuses difficultés.

Maisonneuve, après avoir détaché les insertions du masséter et du ptérygoïdien interne, abaisse fortement le maxillaire, coupe le tendon du temporal, puis imprimant à l'os un mouvement de bascule en bas et en même temps de torsion, il sépare l'os de ses rapports avec le périoste et l'arrache sans que l'articulation se trouve ouverte.

Ce procédé a l'avantage de mettre à l'abri de la blessure de la maxillaire interne et d'abréger beaucoup l'opération ; mais il a l'inconvénient d'exposer à la fracture de l'os au niveau du condyle, et cet accident qu'on doit redouter quand le maxillaire est atteint de cancer, devient une véritable complication. Il faut alors saisir le condyle avec ce davier, et si l'arrachement était difficile, on le faciliterait en sectionnant sur sa face antérieure la capsule articulaire.

Dangers opératoires dans les résections totale ou partielle du maxillaire inférieur.

Nous avons, comme pour les résections pratiquées sur le maxillaire supérieur, plusieurs dangers à craindre.

D'abord l'hémorragie, puis la rétraction de la langue en arrière, après la division de ses attaches à l'os maxillaire, enfin l'infection.

L'hémorragie peut être primitive ou secondaire, c'est-à-dire avoir lieu soit au moment de la section inévitable de certaines artères pendant les différents temps opératoires, soit après l'opération.

Il est facile de s'en rendre maître. Les artères sous-mentales, labiales, linguales donnent en général peu de sang : on les lie à mesure qu'on les coupe.

La faciale saigne plus abondamment, une ligature rapidement posée suffit à éviter une trop grosse perte de sang.

Dans le cas de résection de la portion horizontale du maxillaire inférieur, il faut prendre garde de ne pas blesser la carotide externe qui, quelquefois, longe le bord postérieur de la mâchoire.

Un autre danger consiste en la blessure ou section de l'artère maxillaire interne. Cette artère, née de la carotide externe au niveau du col du condyle, passe sous ce col avant de s'enfoncer entre les deux muscles ptérygoïdiens. Elle est si près de l'os à ce niveau que certains opérateurs, craignant de la blesser, commencent par lier la carotide. Il semble cependant que ce soit une précaution superflue : en effet, lorsqu'on a coupé le tendon du temporal et le ligament latéral externe, il n'est rien de plus facile que de luxer le condyle en avant et en dehors, et d'acquérir ainsi tout l'espace nécessaire pour détacher le col du reste des parties molles sans toucher au vaisseau redouté.

Après l'opération, un peu de compression avec la gaze imprégnée d'eau oxygénée dédoublée et avec une bonne couche de coton hydrophile, suffit à éviter ou du moins à arrêter les hémorragies secondaires.

La rétraction de la langue en arrière, après la division de ses attaches à l'os maxillaire, est un accident beaucoup plus grave. Elle se renverse alors dans le pharynx, abaisse l'épiglotte sur le larynx ; de là une suffocation immédiate. Dans un cas, relaté par Bégin, Lallemand fut obligé, pour sauver un de ses opérés de pratiquer la laryngotomie.

Aujourd'hui encore, certains chirurgiens sont partisans de la trachéotomie préventive.

Lorsque cet accident arrive, il suffit de ramener la langue en avant avec une érigne.

Pour l'éviter, on peut employer le procédé de Delpech.

Procédé de Delpech. — Avant de scier l'os, on plonge un bistouri en arrière, et l'on fait passer par cette incision un gorgeret de bois qui garantit les chairs ; un autre gorgeret protège la langue et la lèvre supérieure. La section de l'os pratiquée, on saisit la langue à sa pointe avec une érigne double confiée à un aide ; alors seulement on divise ses attaches. Puis, en pratiquant la suture, on a soin de faire passer une anse de fil à travers le frein de la langue, ou même à travers les muscles sous-hyoïdiens ; cette anse de fil embrasse également les lambeaux cutanés, si l'on fait la suture entrecoupée, ou elle s'attache à l'une des épingles, si l'on préfère l'entortillée.

Dans un cas, Delpech traversa la pointe de la langue avec un fil d'or qu'il fixa aux dents voisines ; peu à peu, le fil coupa la portion du tissu lingual embrassée, mais l'adhésion était déja suffisante On peut également fixer la langue par un fil aux pièces de pansement ou à la peau des parties voisines.

L'infection est fréquente, le milieu buccal étant très septique. De grands lavages antiseptiques de la cavité seront pratiqués matin et soir ; le drainage sera effectué de la meilleure façon. La cicatrisation est rapide.

Les forces du malade seront soutenues par l'alcool et, si cela devient nécessaire, par du sérum artificiel. Le pouls, la température l'état de la plaie doivent guider le chirurgien.

Prothèse des maxillaires.

A la suite de la résection des maxillaires, l'opéré présente de la déviation de la face et de la gêne de la mastication et de la parole. Pour obvier à ces inconvénients les chirurgiens se sont évertués à faire de la prothèse immédiate ou tardive.

La prothèse tardive avait été en honneur jusqu'à ces derniers temps. Avec les ingénieux procédés de Martin, la prothèse devient un temps opératoire intermédiaire entre l'ablation osseuse et la suture de la peau.

Bien des attaques furent lancées contre cette méthode. On pouvait craindre, en effet, que ces pièces prothétiques ne fussent pas tolérées par un foyer encore cruent, qu'elles n'y devinssent l'origine d'une irritation constante ou de rétentions septiques.

Martin a répondu à ces objections en choisissant le caoutchouc pur, vulcarisé, incorruptible et inattaquable; en fixant la pièce aux fragments osseux assez intimément pour empêcher tout frottement; en la creusant de canaux qui permettent l'irrigation antiseptique de toutes les surfaces sanglantes.

Malgré tout, nous estimons, que l'on doit agir avec une sage prudence, lorsqu'il s'agit d'appliquer un appareil de prothèse aux malades opérés de résection des maxillaires.

Dans les néoplasmes bénins, la prothèse immédiate rendra les plus grands services. Mais, pour les néoplasmes malins il en est bien autrement et c'est là l'opinion de Ollier, surtout si l'ablation des tissus suspects n'a pas été complète; toute irritation locale peut activer la répullulation néoplasique.

D'ailleurs, il faut remarquer que les avantages de la prothèse immédiate sont manifestes. Elle assure la persistance de la forme et la conservation de la fonction. Dès les premières heures, elle empêche la rétrocession linguale, dont nous avons parlé plus haut, elle permet la déglution, elle supprime le bavement de la salive. Elle prévient surtout les déformations tardives; l'appareil artificiel remplace exactement le squelette osseux et garde aux parties molles leur galbe normal.

CHAPITRE III

RÉSULTATS OPÉRATOIRES

Après quelques considérations générales sur les tumeurs, nous avons indiqué, dans le précédent chapitre, les différentes méthodes de résection des maxillaires supérieur et inférieur. Nous avions en effet posé en principe, que seule la résection large de l'os, avec ablation et extirpation totatale des ganglions infiltrés, était susceptible de donner des résultats opératoires plus ou moins éloignés satisfaisants.

Les cent vingt observations, empruntées à différents auteurs et que nous joignons à notre travail, les quelques observations dues à l'obligeance de M. le professeur agrégé Soubeyran, celles empruntées à König, suffiront, je crois, à pouvoir affirmer que la résection large est la méthode de choix dans le traitement des tumeurs malignes des mâchoires.

Il ne faut pas cependant être trop optimiste, et croire qu'il suffit d'enlever un maxillaire ou une portion de maxillaire, pour guérir à jamais son malade.

Malgré ses interventions radicales, la chirurgie des tumeurs malignes des maxillaires est très souvent impuissante.

Quand il s'agit de sarcomes, on obtient encore des résultats

satisfaisants. Une ablation large, dépassant les limites du mal, a des chances d'être curative, d'éviter la récidive. Nous pouvons voir en effet, dans l'observation numéro 34, qu'un jeune homme atteint d'un ostéosarcorme de la partie moyenne de la branche horizontale du maxillaire inférieur gauche, à qui M. Vallas fit une résection totale du maxillaire, avec, dans la suite application d'un appareil de prothèse, fut si bien guéri, qu'il fut pris au conseil de révision. Ce fut, sans aucun doute par mégarde. Mais nous devons cependant reconnaître que les résultats opératoires devaient être excellents. Plus loin, observation 49, nous voyons une guérison durable confirmée au bout de vingt ans, par Berger, chez une personne opérée pour un ostéosarcome du maxillaire inférieur gauche. Les guérisons confirmées au bout de dix ans ne sont pas rares.

Rose, a revu guéris, après quinze à vingt ans quelques-uns de ses malades qui avaient été opérés soit pour un carcinome du maxillaire inférieur, soit pour sarcomes des maxillaires supérieur et inférieur.

Fergusson a publié l'observation d'une jeune fille qu'il opéra d'un sarcome du maxillaire inférieur, et qu'il revit en bonne santé trente ans plus tard.

8 observations empruntées à König, contribueront également à démontrer quels résultats, on peut attendre de la résection large des maxillaires, pour tumeurs malignes.

Nous avons des résultats, sans récidives, durables et confirmés au bout de 23 ans et 4 mois, 22 ans et 8 mois, 18 ans et 8 mois, 19 ans et 6 mois, 10 ans, 26 ans, 21 ans 1/2 et 23 ans et 4 mois.

Mais en présence de cancers vrais, il n'est point permis de conserver les mêmes espérances thérapeutiques. Le retour est malheureusement trop fréquent. D'après la statistique de Bonde (Zür statistik der Carcinome der Oberen Gesichtsgegend. — Arch. F. Klin Chir. XXXVI, p. 249, 1887), nous constatons

que sur treize malades atteints de tumeurs malignes des maxillaires, deux seulement ont échappé à la récidive.

Quant aux tumeurs à myéloplaxes elles sont toutes justiciables de l'ablation avec résection du bord alvéolaire. Les résultats sont excellents.

Suivent cent vingt observations résumées et empruntées à différents auteurs.

OBSERVATIONS RÉSUMÉES

Nos d'ordre.	GÉNÉRALITÉS.	NATURE DE LA TUMEUR.	SIÈGE DE LA TUMEUR.	TEMPS OPÉRATOIRES.	SUITES OPÉRATOIRES.	RÉSULTATS ÉLOIGNÉS.	OPÉRATEUR OU OBSERVATEUR.
I	Baptiste M.	Epulis sarcomateuse à myéloplaxes.	Mâchoire inférieure gauche.	Large excision de la tumeur, ablation du bord alvéolaire.	Etat général et local excellents.	Pas de récidive.	Ferrand.
II	Suzanne L., 14 ans.	idem.	Maxillaire supérieur droit.	Idem.	?	?	idem.
III	Marguerite C., 7 ans 1/2.	idem.	Maxillaire inférieur droit.	Idem.	Excellentes.	Pas de récidive. Guérison durable après 9 ans.	idem.
IV	Julia M., 14 ans.	idem.	idem.	Idem.	Id.	Guérison durable après 7 ans.	idem.
V	Camille L., 7 ans 1/2.	idem.	idem.	Idem.	Cicatrisation parfaite.	Guérison durable après 10 ans.	idem.
VI	Joséphine K., 8 ans.	idem.	idem.	Idem.	Excellentes.	Guérison durable après 4 ans.	idem.
VII	X..., 30 ans.	idem.	Mâchoire inférieure droite.	Ablation de la tumeur et de la portion alvéolaire sur laquelle elle s'implante.	Santé générale bonne.	Aucune trace de récidive quelques mois après.	Nélaton.
VIII	Henri W., 29 ans.	idem.	Maxillaire supérieur droit.	Large excision de la tumeur avec taille d'un coin osseux dont la base inférieure répond à l'implantation de la tumeur.	Nulles.	Guérison constatée quelques mois après l'opération.	Gruet.
IX	M., 30 ans.	idem.	Mâchoire supérieure gauche.	Large excision de la tumeur, ablation du bord alvéolaire.	?	?	Nélaton.

X	Jeanne G., 68 ans.	Epulis sarcomateuse à myéloplaxes double.	1° Mâchoire supérieure gauche. 2° Mâchoire inférieure droite.	Large excision des deux tumeurs.	?	?	Désirde Fortunet.
XI	Pierre B., 20 ans 1/2.	Tumeur à myéloplaxes variété intra-osseuse enkystée pour la conformation intérieure primitive, variété type pour la structure intime.	Maxillaire supérieur gauche.	1° Extraction suivie de cautérisation. 2° Extraction du maxillaire tout entier, dans lequel on découvre des tumeurs multiples.	Reproduction rapide du mal.	Guérison durable 3 ans 1/2 après.	Nélaton.
XII	R..., 21 ans.	Tumeur à myéloplaxes variété sous-périostique.	idem.	1° Extirpation complète du tissu charnu. 2° Rugination de l'os.	Pas de complications.	Guérison.	Denonvilliers inthèse Nélaton.
XIII	Augustine C., 14 ans.	Tumeur à myéloplaxes.	idem.	1° Excision pure et simple. 2° Excision suivie de cautérisation. 3° Excision suivie de cautérisation avec la pâte de Vienne. 4° Résection de toute la portion d'os qui sert de point d'implantation.	Reproduction immédiate. Nouvelle reproduction. Id. Pas de récidive.	Guérison durable confirmée après six ans.	A. Béraud inthèse Nélaton.
XIV	Aimée A..., 17 ans.	Tumeur à myéloplaxes dite tumeur fibrineuse.	Maxillaire supérieur droit.	Extirpation par morcellement et arrachement avec le doigt.	Excellentes.	idem.	Pr. Velpeau inthèse Nélaton.
XV	Zénobie H..., 43 ans.	Epulis à myéloplaxes double.	1° Mâchoire supérieure droite. 2° Mâchoire supérieure gauche.	1° Large excision des tumeurs. 2° Résection partielle du bord alvéolaire.	Hémorragies consécutives, s'arrêtant après cautérisation.	Guérison confirmée 2 ans et 1/2 après.	Pr. Velpeau, observation Nélaton.
XVI	M., 30 ans.	Epulis à myéloplaxes.	Maxillaire supérieur gauche.	Idem.	Néant.	Guérison durable confirmée aprè 1 an.	Verneuil, inthèse Nélaton.
XVII	Victorine F., 27 ans.	idem.	Bord alvéolaire supérieur droit.	Résection de la portion correspondante du bord alvéolaire.	Id.	Guérison durable après 2 ans.	Morel-Lavallée inthèse Nélaton.

OBSERVATIONS RÉSUMÉES

Nos D'ORDRE.	GÉNÉRALITÉS.	NATURE DE LA TUMEUR.	SIÈGE DE LA TUMEUR.	TEMPS OPÉRATOIRES.	SUITES OPÉRATOIRES.	RÉSULTATS ÉLOIGNÉS.	OPÉRATEUR OU OBSERVATEUR.
XVIII	Mlle G., 22 ans.	Petite tumeur myéloplaxique intra alvéolaire, intimément annexée aux racines de la première grosse molaire.	Maxillaire supérieur droit.	Extraction.	Excellentes.	Guérison durable après 6 mois.	Nélaton.
XIX	X., 21 ans.	Tumeur à myéloplaxes enkystée.	Maxillaire supérieur.	Extraction de la tumeur par énucléation.	Pas de complication.	Guérison durable confirmée après deux ans.	M. Lawrence, inthèse Nélaton.
XX	X., 22 ans.	Tumeur à myéloplaxes.	Maxillaire supérieur droit, tumeurs analogues sur maxillaire supérieur gauche et sur les pariétaux.	Malade subit quatre opérations incomplètes. Résection partielle du maxillaire supérieur droit.	4 récidives. Disparition spontanée des autres tumeurs.	idem.	idem.
XXI	Estelle M..., 17 ans.	Tumeur à myéloplaxes intra-osseuse. variété enkystée irrégulière.	Maxillaire inférieur gauche.	Résection partielle du maxillaire dans toute son épaisseur.	Déformation du visage et gêne de la mastication.	Guérison durable confirmée après neuf mois.	Nélaton.
XXII	Louis B....., 27 ans.	Tumeur myéloplaxique intra-osseuse, variété enkystée.	Maxillaire inférieur partie antérieure et principalement à gauche de la symphyse.	1° Extirpation du tissu charnu. 2° Evidement de la coque osseuse. 3° Cautérisation avec la pâte de Canquoin.	Pas de complications. Etat général excellent.	Guérison durable confirmée après 2 ans.	idem.
XXIII	Enfant, 8 ans.	Tumeur à myéloplaxes.	Maxillaire inférieur au niveau de la symphyse.	Résection partielle de l'os dans toute son épaisseur.	Excellentes.	Guérison confirmée après 2 ans 1/2.	Opérateurt, M. Silbert Aix), inthèse Nélaton.

XXIV	Garçon, 18 ans.	Tumeur myéloplaxique en kystée.	idem.	Résection partielle du maxillaire dans toute son épaisseur.	Id.	Guérison durable confirmée après 6 ans.	Opération pratiquée en Angleterre par M. Stanley, inthèse Nélaton.
XXV	Mme P....., 32 ans.	Tumeur à myéloplaxes sous-gingivale.	Moitié droite de l'arcade alvéolique inférieure.	Résection de toute la moitié droite du maxillaire.	Erysipèle du cuir chevelu.	*Mort.*	Opérateur, M. Verneuil, inthèse Nélaton.
XXVI	Jean V..., 60 ans.	idem.	Mâchoire inférieure.	Résection partielle du maxillaire dans toute son épaisseur.	Infection, hémorragies.	idem.	P. Velpeau inthèse Nélaton.
XXVII	X., interne en pharmacie des hôpitaux de Paris.	Epulis à myéloplaxes.	Mâchoire inférieure droite bord alvéolaire.	1° Simple excision de la tumeur. 2° Tentative de destruction avec le cautère galvanique.	Reproduction du mal.	*Récidive.*	Opération pratiquée par M. Verneuil, inthèse Nélaton.
XXVIII	Maria M..., 21 ans.	Tumeur à myéloplaxes.	Maxillaire inférieur.	Extirpation de la tumeur.	Excellentes.	Guérison durable après 4 ans.	Opérateur A. Richard, inthèse Nélaton.
XXIX	X., 30 ans.	Epulis à myéloplaxes.	Mâchoire inférieure gauche.	Résection partielle du bord alvéolaire.	?	Guérison durable confirmée après plusieurs mois.	Nélaton.
XXX	Fille B., 9 ans.	Epulis à myéloplaxes, variété fibroïde.	Mâchoire inférieure droite.	1° Simple excision. 2° Eradication de la tumeur par grugement du tissu osseux.	Reproduction immédiate.	Guérison durable confirmée après 9 mois.	idem.
XXXI	X..., 50 ans.	Carcinome ancéphaloïde.	Sinus maxillaire gauche.	Résection large du maxillaire supérieur.	?	*Récidive.*	M. E. J. Moure de Bordeaux.
XXXII	Femme, 60 ans.	Sarcome globocellulaire.	Plancher du sinus maxillaire gauche au niveau du bord alvéolaire. La tumeur pénétrait dans la cavité sinusienne.	1° Evidement du néoplasme. 2° Résection atypique du maxillaire supérieur.	Bénignes.	idem.	idem.

OBSERVATIONS RÉSUMÉES

N°s D'ORDRE.	GÉNÉRALITÉS.	NATURE DE LA TUMEUR.	SIÈGE DE LA TUMEUR.	TEMPS OPÉRATOIRES.	SUITES OPÉRATOIRES.	RÉSULTATS ÉLOIGNÉS.	OPÉRATEUR OU OBSERVATEUR.
XXXIII	X..., 20 ans.	Epithelioma non adamantin.	Maxillaire supérieur droit.	Résection partielle.	Excellentes.	Guérison durable confirmée après 10 ans.	J. Reverdin, Genève.
XXXIV	Jeune homme, 21 ans.	Ostéo sarcome.	Maxillaire inférieur, partiemoyenne de la branche horizontale.	Résection totale du maxillaire.	Id. Appareil de prothèse.	Ce jeune homme a été pris au Conseil de revision.	M. Vallas.
XXXV	Jeune fille, 18 ans.	Epithelioma adamantin.	Maxillaire inférieur.	1° Simple évidement de la tumeur. 2° Ablation de la tumeur avec sacrifice de la moitié gauche du maxillaire, des muscles masséter et ptérygoïdien interne, du périoste de la base du crâne.	1° Récidive, tumeur prend des proportions énormes. 2° Excellentes.	Guérison.	Gangolphe.
XXXVI	X....	Tumeur adamantine.	Maxillaire inférieur gauche.	1° En 1893, opération conservatrice. 2° Opération très large en 1905, emportant, en bloc, maxillaire, peau de la région, parotide et sous-maxillaire, muscles masticateurs envahis. Ligature de la carotide externe au préalable.	*1° Récidive.* 2° Pas de récidive, résultat fonctionnel excellent.	Guérison durable confirmée après 31 mois.	idem.
XXXVII	X....	Ostéo-sarcome.	Maxillaire inférieur.	Résection du maxillaire.	Excellentes.	Guérison durable confirmée après 4 ans.	idem.

XXXVIII	Jeune fille, 22 ans.	Epithelioma adamantin.	Maxillaire inférieur gauche-branche horizontale.	1° Intervention partielle par la bouche. 2° Idem. 3° Résection de toute la moitié correspondante du maxillaire inférieur.	Récidive. Id. Excellentes.	idem.	Morestin.
XXXIX	Eugénie M., 48 ans.	Epulis fibreuse.	Mâchoire inférieure gauche au niveau de la 2e prémolaire.	1° Section du pédicule de la tumeur. 2° Résection à la pince gouge du rebord alvéolaire de la zone correspondante.	Hémorragies abondantes arrêtées par tamponnement gaze imbibée d'eau oxygénée.	Guérison.	Bouglé.
XL	Mlle L. M., 24 ans.	Sarcome.	Maxillaire inférieur gauche.	1° Excision de la tumeur.	Simples. Après 7 ans, nouveau bourgeonnement, au niveau du trait de section de la 1re opération.	Guérison se maintient pendant 7 ans.	Dr P. Hardouin.
				2° Résection large du maxillaire inférieur en débordant la ligne médiane assez loin du côté droit. Ablation des ganglions.	Simples. Etat général mauvais, malade atteint de tuberculose pulmonaire, maigrit beaucoup.	Guérison se maintient depuis 2 ans.	Opérateur P. Dayot.
XLI	Homme, 52 ans.	Epithélioma pavimenteux lobulé.	Mâchoire inférieure droite.	1° Extirpation de la tumeur. 2° Hémisection du maxillaire inférieur et désarticulation de la mâchoire.	Excellentes.	Guérison.	Siegel - Delval et Marie.

OBSERVATIONS RÉSUMÉES

N°s D'ORDRE.	GÉNÉRALITÉS.	NATURE DE LA TUMEUR.	SIÈGE DE LA TUMEUR.	TEMPS OPÉRATOIRES.	SUITES OPÉRATOIRES.	RÉSULTATS ÉLOIGNÉS.	OPÉRATEUR OU OBSERVATEUR.
XLII	A. F., 57 ans.	Ostéo-chondrome.	Maxillaire inférieur gauche au niveau des incisives et de la canine gauche.	Résection économique du maxillaire (incision en fer à cheval sous-maxillaire).	Normales.	Guérison.	Cornil et Mauclaire.
XLIII	Alfred L., 39 ans.	Fibro sarcome à cellules rondes.	Mâchoire supérieure droite.	1° Résection du maxillaire supérieur. 2° Effondrement de la paroi antérieure du sinus. 3° Section au ciseau du palais osseux dans le plan médian et division horizontale et transversale du maxillaire à hauteur du sinus. 4° Extirpation de la nouvelle tumeur.	Très bonnes. Aucune difformité apparente. *Récidive* au bout d'un an. Santé générale excellente. Etat local excellent.	idem.	M. H. Morestin.
XLIV	Edouard O., 38 ans.	Epithélioma primitif.	Maxillaire supérieur droit.	Ablation de la tumeur. — Résection préalable de la branche montante et d'une partie de la branche horizontale du maxillaire inférieur, car la tumeur fait saillie jusqu'au voisinage du bord libre du maxillaire inférieur. — Pincement et section de la faciale, section du masséter, du ptérygoïdien interne, de la dentaire	Conjonctivite de l'œil du coté opéré. Guérison rapide de cette complication. Un mois 1/2 après le malade quitte l'hôpital.	Récidive prompte. De nouvelles masses se développent sur le frontal au niveau de la racine du nez et dans les débris du maxillaire supérieur gauche. Un mois après *Mort.*	idem.

				inférieure après pincement préventif, section arcade zygomatique. — Disjonction du frontal et du malaire, section os propre du nez et de la cloison maxillaire supérieur droit fendu d'avant en arrière. — Apophyse palatine gauche coupée. Voile est incisé, tumeur libérée en arrière. — Extraction du massif facial. — Ligature maxillaire interne droite.			
XLV	Jeune homme, 27 ans.	Ostéo-sarcome.	Maxillaire droit.	Résection du maxillaire inférieur.	Bonnes.	»	Von Bakay (Budapest).
XLVI	Garçon, 22 ans.	Epithelioma central.	Maxillaire inférieur.	Extirpation de la tumeur.	Id.	»	Von Bakay.
XLVII	Femme, 36 ans.	idem.	idem.	Grattage et extirpation de la tumeur sans résection osseuse.	Id.	»	idem.
XLVIII	X...	Epithélioma adamantin.	idem.	1° Hémisection du maxillaire inférieur. 2° Extirpation des deux petits ganglions sous-maxillaires.	Id.	Guérison parfaite 3 ans après.	M. H. Morestin.
XLIX	X..., électricien, 67 ans.	Epithélioma térébrant.	Maxillaire inférieur, partie antérieure de l'arc maxillaire. Plancher de la bouche complètement envahi par infiltration néoplasique.	1° Extirpation de la tumeur. 2° Large résection de l'os, dépassant de 2 à 3 centimètres la partie malade.	Fistule au niveau de la base de la langue. Suture secondaire l'a très rapidement oblitérée.	Guérison.	Paul Reclus.

OBSERVATIONS RÉSUMÉES

Nos d'ordre.	GÉNÉRALITÉS.	NATURE DE LA TUMEUR.	SIÈGE DE LA TUMEUR.	TEMPS OPÉRATOIRES.	SUITES OPÉRATOIRES.	RÉSULTATS ÉLOIGNÉS.	OPÉRATEUR OU OBSERVATEUR.
L	X...	Ostéo-sarcome.	Maxillaire inférieur gauche.	Résection de la moitié du maxillaire inférieur.	Excellentes.	Guérison durable confirmée ap. 20 ans.	Berger.
LI	Jeune fille, 19 ans.	Sarcome à myéloplaxes.	Maxillaire supérieur gauche.	Résection totale du maxillaire supérieur gauche.	Très satisfaisantes tant au point de vue esthétique qu'au point de vue fonctionnel.	Guérison confirmée après 2 ans.	Jalaguier.
LII	René G., 15 ans.	Epulis osteo fibro-sarcomateuse.	Bord alvéolaire du maxillaire supérieur gauche.	Extraction d'une incisive médiane. Ablation de la tumeur. Résection du bord alvéolaire.	Parfaites.	Guérison.	Stepinski.
LIII	M. X..., 28 ans.	Epulis fibro-sarcomateuse.	Entre incisive latérale et canine gauche, du maxillaire inférieur.	Ablation simple de la tumeur. Cautérisation très large du point d'implantation.	Quelques douleurs le jour de l'opération.	Cicatrisation au 8e jour. Le malade n'a pas été suivi.	idem.
LIV	Mme M. E., 46 ans.	Epulis sarcomateuse.	Maxillaire supérieur droit.	Ablation de la tumeur et de deux dents. Résection du bord alvéolaire. Deuxième opération. — Résection du maxillaire supérieur.	Douleurs spontanées au niveau du maxillaire supérieur. Simples.	*Récidive* au bout de un an. Guérison.	idem.
LV	Mme Jeanne S., 44 ans,	Epulisostéo-fibromateuse.	Maxillaire inférieur droit.	Ablation simple de la tumeur. Deuxième opération. — Excision totale. Rugination profonde du bord alvéolaire. Cautérisation.	 Simples.	*Récidive rapide.* Guérison.	idem.

LVI	Mme H., 37 ans.	Epulis sarcomateuse.	Bord alvéolaire du maxillaire supérieur gauche.	Ablation de la tumeur. Résection large du bord alvéolaire.	Douleurs presque nulles. Légers élancements dans l'os maxillaire supérieur.	idem.	idem.
LVII	Mlle X..., 15 ans.	Epulis fibromateuse.	Maxillaire inférieur gauche.	Extirpation de la tumeur. Grattage profond de la cavité alvéolaire.	Bonnes.	idem.	Albarran.
LVIII	Mlle Alice D., 16 ans.	idem.	Maxillaire inférieur droit.	Extraction de la dent. Ablation de la tumeur.	Id.	idem.	Bloch.
LIX	Mme S., 57 ans.	Epulis ostéo-fibromateuse.	idem.	Trois interventions incomplètes. Résection du bord alvéolaire.	?	*Récidive.* Guérison.	idem.
LX	Mme Maria L., 39 ans.	Epulis fibromateuse.	Maxillaire inférieur gauche.	Ablation de la tumeur. Curettage. Cautérisation.	Simples.	idem.	Picqué.
LXI	Mme H., 39 ans.	Epulis, variété sarcome ossifiant.	Maxillaire supérieur droit.	Ablation simple de la tumeur.	Légère hémorragie.	idem.	Rodier.
LXII	Mme L., 66 ans.	Epulis fibromateuse.	Maxillaire inférieur droit.	Extirpation de la tumeur. Evidement du bord alvéolaire.	Pneumonie de la base droite.	*Mort.*	Moissy.
LXIII	X..., 10 ans.	Epulis fibro-sarcomateuse avec dégénérescence myxomateuse.	Maxillaire supérieur gauche.	Ablation de la tumeur. Rugination du bord alvéolaire.	Simples.	Guérison.	Incommunication à la Société de stomatologie.
LXIV	Mme E., 28 ans.	Epulis fibro-sarcomateuse.	idem.	Ablation de la tumeur. Curettage. Deuxième curettage profond.	?	*Récidive.* Guérison.	Frey.

OBSERVATIONS RÉSUMÉES

Nos d'ordre.	Généralités.	Nature de la tumeur.	Siège de la tumeur.	Temps opératoires.	Suites opératoires.	Résultats éloignés.	Opérateur ou observateur.
LXV	Mme X..., 52 ans.	Epulis fibro-sarcomateuse.	Maxillaire inférieur droit. Ganglions hypertrophiés.	Résection du maxillaire.	Excellentes.	Guérison.	Gazette des hôpitaux de Toulouse. Dr Duret.
LXVI	Mme K., 50 ans.	Epulis osté-sarcomateuse.	Bord alvéolaire du maxillaire inférieur gauche.	Ablation.	Bonnes.	idem.	Marié in revue d'odontologie.
LXVII	Homme, 32 ans.	Epulis sarcomateuse.	Maxillaire inférieur droit.	Extirpation de la tumeur. Résection du bord alvéolaire.	Id.	Guérison durable.	Rivière, thèse Paris 1876.
LXVIII	Femme, 45 ans.	Epulis ostéo-sarcomateuse.	Maxillaire supérieur.	Résection large.	Id.	Guérison.	Saurel.
LXIX	Femme, 68 ans.	Epulis fibromateuse,	Maxillaire inférieur.	Ablation de la tumeur. Cautérisation profonde.	Id.	idem.	idem.
LXX	Homme, 62 ans.	idem.	idem.	Idem.	Simples,	idem.	idem.
LXXI	Femme, 48 ans.	Epulis ostéo-sarcomateuse.	idem.	Ablation de la tumeur. Résection large.	Id.	idem.	idem.
LXXII	Femme, 34 ans.	idem.	idem.	Simple ablation de la tumeur.	?	*Mort.*	idem.
LXXIII	Femme, 83 ans.	idem.	idem.	Ablation de la tumeur, sans résection.	?	idem.	idem.
LXXIV	Homme, 28 ans.	idem.	idem.	Résection alvéolaire après ablation de la tumeur.	Bonnes.	Guérison.	idem.

LXXV	Rose J., 62 ans.	Epulis fibromateuse.	idem.	Ablation simple.	Excellentes.	idem.	Désir de Fortunet.
LXXVI	Jeanne H., 64 ans.	idem.	idem.	Ablation de la tumeur. Résection du bord alvéolaire.	Bonnes.	idem.	idem.
LXXVII	Lucie B., 21 ans.	Epulis fibro-sarcomateuse.	idem.	Idem.	Id.	idem.	idem.
LXXVIII	Femme, 50 ans.	Epulis fibro-sarcomateuse à myéloplaxes.	Maxillaire inférieur au niveau des deux incisives médianes,	Idem.	Id.	idem.	idem,
LXXIX	Femme, 55 ans.	Epulis fibro-sarcomateuse.	Maxillaire inférieur gauche.	Idem.	Id.	idem.	Saurel.
LXXX	Femme, 41 ans.	idem.	Maxillaire inférieur droit.	Ablation de la tumeur. Résection partielle du maxillaire.	Id.	idem.	idem.
LXXXI	Femme, 18 ans.	idem.	Maxillaire supérieur droit.	Ablation de la tumeur. Résection du bord alvéolaire.	Id.	idem.	idem.
LXXXII	Garçon, 9 ans.	Epulis ostéo-fibro-sarcomateuse.	Branche horizontale du maxillaire.	Ablation de la tumeur. Résection de presque toute la branche du maxillaire.	Id.	idem.	idem.

OBSERVATIONS. — IN MELLEVILLE WASSERMANN, HEIDELBERG 1887 (traduit de l'allemand).

N°s D'ORDRE.	GÉNÉRALITÉS.	NATURE DE LA TUMEUR.	SIÈGE DE LA TUMEUR.	TEMPS OPÉRATOIRES.	SUITES OPÉRATOIRES.	RESULTATS ÉLOIGNÉS.
I	Homme 21 ans.	Epulis à forme sarcome giganto-cellulaire.	A. — *Maxillaire supérieur* allant de la dent de sagesse à la canine gauche.	Ablation au cautère Pacquelin, Extraction de la première molaire. Résection alvéolaire à la gouge et au ciseau.	Bonnes. Léger gonflement de la joue pendant 2 jours.	Guerison durable après 9 ans.
II	Fille, 5 ans 1/2.	Fibro-sarcome.	Entre les 2 incisives latérales médianes.	Extraction des dents cariées. Extirpation de la tumeur. Résection alvéolaire. Pacquelin.	Bonnes. Un peu de gonflement de la gencive. Un peu de suppuration pendant 3 jours.	Guerison durable après 8 ans.
III	H., 24 ans.	idem.	A gauche. Les alvéoles libres de 2 grosses molaires, ou est la tumeur, tuméfiées.	Extraction des dents voisines. Ablation de la tumeur et du bord alvéolaire avec la pince à os. Pacquelin.	Bonnes.	Guérison durable après 7 ans.
IV	Femme, 42 ans.	Sarcome giganto-cellulaire.	Sur l'alvéole des 2 grosses molaires à droite.	Extirpation de la tumeur. Résection du bord alvéolaire avec la pince à os. Pacquelin.	Bonnes. S'en va sur sa demande presque guérie.	Pas de renseignements.
V	Garçon, 13 ans.	idem.	A droite de la 1re incisive à la 2e grosse molaire, allant vers l'aile du nez.	Extraction de la première molaire et de l'incisive latérale droite. Résection du bord alvéolaire entraînant les 2 petites molaires. Section de la commissure buccale pour terminer l'extirpation.	Bonnes.	Guérison durable.

VI	Femme, 53 ans.	Sarcome giganto-cellulaire.	A. — *Maxillaire supérieur* à droite, derrière l'incisive médiane.	Extraction de l'incisive. Résection du rebord alvéolaire. Cautérisation avec le Pacquelin.	Id.	Guérison durable après 4 ans.
VII	Femme, 21 ans,	Epulis.	Région malaire gauche gagnant le cou sous le stylo-mastoïdien.	Intervention refusée par la malade.	Sortie.	*Morte deux mois après.*
VIII	Femme, 43 ans.	Fibro-sarcome.	Alvéole déshabitée de la 1re grosse molaire droite.	Abrasion large au thermocautère. Extraction de la dent de sagesse.	Légère hémorragie.	Guérison durable après 4 ans.
IX	Femme, 21 ans.	Sarcome giganto-cellulaire (myéloplaxes).	De la canine gauche à la 1re petite molaire.	Ablation de la tumeur. Résection du rebord alvéolaire. Pacquelin. Résection plus complète dès la récidive.	Bonnes. *Récidive* locale après 2 ans.	Guérison durable après 2 ans.
X	F., 43 ans,	Fibrosarcome avec myéloplaxes,	Au milieu du rebord alvéolaire entre les 2 incisives,	Ablation à la pince à os. Pacquelin.	Bonnes.	Guérison durable après 3 ans.
XI	F., 37 ans.	Fibrome du rebord alvéolaire.	De la ligne médiane à la 1re molaire.	Extirpation de la tumeur. Résection du bord alvéolaire au couteau à os. Pacquelin.	Id.	Guérison durable après 9 ans.
XII	Homme, 37 ans.	Epulis à forme fibro-sarcomateuse.	B. — *Maxillaire inférieur* face externe gauche.	Ablation simple au thermocautère. 2me *opération* incomplète.	Id.	*Récidive* locale après 4 ans. 2e *récidive* un an après. Malade perdu de vue.
XIII	Femme, 45 ans.	Sarcome à myéloplaxes.	Autour des 3 incisives et de la 1re grosse molaire,	Ablation large. Cautérisation.	Id.	Guérison durable après 6 ans.
XIV	Jeune homme, 15 ans.	Epulis?	Sessile entre les 2 incisives médianes.	idem.	Id.	idem.

OBSERVATIONS. — IN MELLEVILLE WASSERMANN, HEIDELBERG 1887 (traduit de l'allemand).

N°s D'ORDRE.	GÉNÉRALITÉS.	NATURE DE LA TUMEUR.	SIÈGE DE LA TUMEUR.	TEMPS OPÉRATOIRES.	SUITES OPÉRATOIRES.	RÉSULTATS ÉLOIGNÉS.
XV	F., 34 ans.	Sarcome fuso-cellulaire.	Au niveau des 2 grosses molaires droites.	Extraction des 2 molaires qui entraînent la tumeur. Pacquelin.	Bonnes. S'en va guérie.	Pas revue.
XVI	Jeune homme, 13 ans.	Sarcome à myéloplaxes.	Allant de la ligne médiane au masséter à droite sur le bord alvéolaire.	Extraction des incisives droites, Extirpation de la tumeur et du bord alvéolaire à la gouge et au maillet.	Bonnes.	Avait eu 3 récidives avant cette large opération. Guérison durable.
XVII	Jeune fille, 10 ans.	idem.	Allant de la canine droite à la prémolaire ganglion sous-maxillaire.	Extirpation du ganglion. Extraction de la canine et des deux petites molaires. Ablation de la tumeur. Pacquelin.	Id.	*Récidive* après un an *opération*-résection du bord alvéolaire correspondant avec la pince de Luer. Guérison durable.
XVIII	Femme, 28 ans.	idem.	B. — *Maxillaire inférieur* à gauche, allant de la canine au bord inférieur et externe du maxillaire.	A la scie et à la gouge, ablation de 5 c. 1/2 du corps du maxillaire. Pacquelin.	Mastication bonne, ouverture normale de la bouche.	Guérison durable après 4 ans.
XIX	Jeune fille, 12 ans.	idem.	A gauche, au niveau de la canine et de la prémolaire envahissant le plancher buccal.	Extraction incisive, canine et prémolaire gauches. Abrasion du rebord alvéolaire avec la pince à os. Pacquelin.	Bonnes.	idem.
XX	F., 56 ans.	idem,	Ligne médiane.	Extraction de 3 incisives. Extirpation de la tumeur et du rebord alvéolaire.	Id.	Guérison durable après 3 ans. La malade avait été opérée mais incomplètement.

XXI	H., 19 ans,	Fibro-sarcome.	A gauche de l'incisive. Ganglion pris.	Extraction des racines. Enlèvement de l'épulis avec la pince à os. Pacquelin. Extirpation du ganglion.	Id.	Guérison. Pas de renseignements ultérieurs.
XXII	F,, 45 ans,	Sarcome giganto-cellulaire à myéloplaxes.	A gauche de 2 petites molaires et de la première grosse molaire.	Extraction des racines. Ablation de la tumeur et du bord alvéolaire. Pacquelin.	Id.	Guérison durable après 2 ans.
XXIII	H., 38 ans.	Fibrome ossifiant.	Rebord alvéolaire dans sa partie moyenne et corps du maxillaire.	Extirpation large à la gouge et au maillet comprenant une partie du corps du maxillaire ; il reste 2 c. de bord alvéolaire.	Id.	Récidive après 3 mois. Un ganglion venu à droite. Ablation du ganglion et du bord alvéolaire subsistant gardé 6 mois. Guérison durable après 4 ans.
XXIV	H., 45 ans.	Sarcome fuso-cellulaire et à myéloplaxes.	A droite.	Extraction de la 1re molaire. Ablation large. Pacquelin.	Id.	Guérison. Pas de renseignements ultérieurs.

OBSERVATIONS RÉSUMÉES IN BILLROTH. CHIRURG. KLINIK 1876 (traduit de l'allemand).

Nos D'ORDRE.	GÉNÉRALITÉS.	NATURE DE LA TUMEUR.	SIÈGE DE LA TUMEUR.	TEMPS OPÉRATOIRES.	SUITES OPÉRATOIRES.	RÉSULTATS FINAUX.
I	Garçon, 5 ans.	Epulis sarcomateuse.	Maxillaire supérieur.	Ablation à la curette tranchante. Résection alvéolaire avec la pince à os;	Bonnes.	Guérison.
II	Garçon, 9 ans.	idem.	idem.	idem.	Id.	Guérison confirmée après 1 an 1/2.
III	Garçon, 10 ans.	idem.	idem.	idem.	Id.	Pas de nouvelles du malade.
IV	Jeune fille, 14 ans.	idem.	idem.	idem.	Id.	Guérison confirmée après 2 ans.
V	Jeune fille, 16 ans.	idem.	idem.	Ablation à la curette tranchante Résection avec la pince à os.	Id.	Guérison confirmée après 4 ans.
VI	Homme, 24 ans.	idem.	idem.	Ablation à la curette tranchante. Résection alvéolaire	Pas de complications.	Guérison.
VII	Femme, 30 ans.	idem.	idem.	idem.	Normales.	Guérison. Pas de nouvelles ultérieures.
VIII	Femme, 44 ans.	idem.	idem.	Ablation à la curette tranchante. Résection du bord alvéolaire.	Bonnes.	idem.
IX	H., 14 ans.	idem.	Maxillaire inférieur.	Ablation à la curette tranchante et résection du bord alvéolaire sur lequel est implantée la tumeur.	Id.	Guérison de 3 malades. Certitude de récidives pour 4 malades après 2 ans, 2 ans 1/2, 3 ans et 3 ans 1/2.
X	H., 20 ans.	idem,	idem.			
XI	F., 14 ans.	idem.	idem.			
XII	F., 15 ans.	idem.	idem.			
XIII	F., 21 ans.	idem.	idem.			
XIV	F., 40 ans.	idem.	idem.			
XV	F., 44 ans.	idem.	idem.			

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS DUES A L'OBLIGEANCE

DE M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SOUBEYRAN

Observation I (résumée).

Epithélioma du maxillaire inférieur.

B. G., 68 ans.

Examiné par M. le professeur Soubeyran, le 10 février 1911.

Le malade présente au niveau de la branche horizontale du maxillaire inférieur droit une volumineuse tumeur. Le début remonterait à trois ans, au dire du malade. Ce dernier, constata, à cette époque, que les dents implantées sur ce maxillaire devenaient branlantes. Peu à peu les molaires tombèrent. Un abcès se forma au niveau de la région sous-maxillaire droite et la tumeur grossit progressivement.

Le malade n'a jamais eu de douleurs ni dans l'oreille, ni dans la bouche. Pas d'antécédents personnels ni héréditaires.

Cependant, grand fumeur.

A l'examen, on constate que l'os est envahi depuis l'angle de la mâchoire droite jusqu'à la ligne médiane. La tumeur est très dure et semble appendue au bord inférieur du maxillaire. La région sous-maxillaire du même côté est volumineuse, indurée. Un abcès ouvert six jours auparavant, laisse écouler un pus très fétide.

Le plancher buccal est induré à droite et jusqu'à la ligne médiane. Toutes les dents sont tombées, sauf deux qui persistent, quoique bien branlantes.

Les ganglions de la région sont envahis.

M. le professeur Soubeyran hésite beaucoup à faire une opération, vu l'âge du malade et surtout l'extension du mal et l'envahissement ganglionnaire.

Cependant, sur les instances de la famille et après l'avis formel du malade, l'opération est résolue et fixée au 18 février 1911.

Opération. — Anesthésie à l'éther. — Incision classique de l'hémirésection du maxillaire inférieur. La dissection du bord inférieur de la tumeur est très pénible, car celle-ci adhérait au cou, aux muscles et aux vaisseaux.

L'hémorragie est très abondante. On lie la carotide externe. Après avoir complètement libéré l'os, on le scie un peu au-delà de la ligne médiane ; on pratique l'ablation de toute la moitié droite du maxillaire, après désarticulation au niveau de l'articulation temporo-maxillaire.

On fait une toilette très complète de la plaie ; on pousse le nettoyage jusqu'au ras de la langue.

On suture les lèvres de la plaie et on en pratique le drainage.

Suites opératoires. — Normales d'abord, malgré l'écoulement d'un pus d'une fétidité extrême.

Au huitième jour, le malade est pris d'une dyspnée intense, la température s'élève jusqu'à 40° 5, frisson avec claquement

des dents et point de côté violent à droite, toux d'abord sèche, s'accompagne bientôt d'une expectoration rouillée caractéristique.

La palpation fait révéler une matité absolue localisée à la base du poumon droit. L'auscultation fait entendre de nombreux râles crépitants. Trois jours après apparition du souffle tubaire. Le malade meurt le lendemain, douze jours après l'opération. L'autopsie n'a pas été pratiquée. La mort est attribuée à une pneumonie par déglutition.

Pièce anatomique. — La tumeur est du volume du poing, a une forme ovoïde, occupe la portion horizontale du maxillaire inférieur droit dans toute son étendue.

Sa consistance est ferme; l'induration occupe toute la région sous-maxillaire et arrive jusque sur la ligne médiane.

Le bord alvéolaire est détruit.

Deux dents seules persistent.

L'examen microscopique a dénoté un épithélioma à évolution rapide.

Observation II (résumée)

Epulis sarcomateuse à myéloplaxes.

Femme âgée de 50 ans, de Saint-Bauzile (Lozère), entre à l'hôpital suburbain salle Paulet le 25 juin 1910. Le début de l'affection remonte à trois ans. Il y a deux ans, on pratiqua une première opération, après avoir posé le diagnostic d'épulis.

Récidive au bout de quelques mois.

Etat actuel. — La tumeur, dure, du volume d'une grosse noix occupe la portion horizontale gauche du maxillaire inférieur et couronne le bord gingival.

Opération pratiquée par M. le professeur agrégé Soubeyran durant sa suppléance de M. le professeur Tédenat.

On pratique la résection du maxillaire inférieur, par une incision parallèle au bord inférieur de l'os.

On enlève à la cisaille une portion du maxillaire sur une longueur de cinq centimètres.

Après nettoyage complet de la région, sutures et drainage de la plaie.

Suites opératoires. — Normales.

Pas de récidive depuis 9 mois.

Examen de la tumeur. — A dénoté que l'on se trouvait en présence d'une épulis sarcomateuse à myéloplaxes.

Observation III (résumée)

Epulis sarcomateuse à myéloplaxes.

Femme âgée de 27 ans, habitant Cette.

Entre à l'hôpital suburbain à Montpellier, salle Paulet, le 3 octobre 1910. La malade présente, au niveau des deux dernières molaires gauches inférieures, une tumeur du volume d'une noix.

Depuis un an, cette femme a été opérée trois fois pour une tumeur analogue, située au même niveau et que l'on avait diagnostiquée « Epulis ».

L'opération est résolue et pratiquée le 4 octobre 1910 par M. le professeur agrégé Soubeyran, durant sa suppléance de M. le professeur Tédénat.

Anasthésie à l'éther.

Résection de tout le maxillaire inférieur gauche, dépassant largement la tumeur en avant et en arrière.

Les suites opératoires furent normales, la guérison rapide.

Pas de récidive depuis six mois.

L'examen histologique de la tumeur a démontré que l'on se trouvait en présence d'une épulis sarcomateuse à myéloplaxes.

Observation IV (résumée).

Epithélioma malin du maxillaire supérieur.

M. V., de Mireval (Hérault), 50 ans.

Pas d'antécédents morbides.

Au mois de septembre 1908, le malade alla consulter le docteur R... pour douleurs et hémorragies survenant spontanément au niveau de la gencive supérieure droite.

Le docteur constata, au niveau des prémolaires supérieures droites, l'existence d'une tumeur du volume d'une noix, bourgeonnante et saignante, s'étendant du côté de la voûte palatine et jusqu'à son milieu.

Il fit sauter les prémolaires.

Un fragment de la tumeur prélevé, fut examiné par M. le professeur Bosc qui diagnostiqua : Epithélioma très malin à évolution très rapide.

L'opération est décidée et pratiquée, le 25 novembre 1908, par M. le professeur Soubeyran.

Opération. — Anesthésie avec l'appareil Soubeyran-Demelle. Ablation de l'incisive médiane droite seule restante.

Incision verticale dans le sillon naso-génien et se prolongeant jusqu'à la lèvre supérieure, en son milieu. Libération de la muqueuse.

Avec une forte pince gouge et suivant la technique de J.-L. Faure, on pratique le morcellement du maxillaire supé-

rieur droit, jusque et même au-delà des parties saines, en haut jusque dans la fosse nasale correspondante, en dedans jusqu'au delà de la ligne médiane et en arrière au-delà du bord postérieur de la voûte palatine.

L'hémorragie est très abondante.

On pratique un tamponnement de la plaie, très serré.

Suites opératoires normales. Cicatrisation très rapide. On fait un appareil de prothèse.

Le malade parle très bien, n'éprouve aucune gêne pour la déglutation.

Pas de récidive depuis 2 ans 1/2.

Observation V (résumée).

Épithélioma du maxillaire inférieur.

R., 58 ans, de Montpellier.

Pas d'antécédents personnels. Pas d'antécédents héréditaires. Cependant grand fumeur.

Au mois d'octobre 1908, le malade éprouva de violentes douleurs, à caractère névralgique, irradiées vers la face, la région temporale et l'oreille. A ce moment, apparurent, sur la gencive du maxillaire inférieur, à gauche, des végétations mollasses, fongueuses, friables. Les dents voisines ébranlées, ne tardèrent pas à tomber.

La tumeur ne s'ulcéra pas : les hémorragies buccales furent fréquentes, l'haleine devint d'une fétidité extrême. Le malade, sur les conseils de son médecin traitant, M. le docteur Galavielle, vint consulter, au mois de décembre de la même année, M. le professeur agrégé Soubeyran, qui constata : la présence d'une tumeur siégeant un peu à gauche de la ligne médiane,

au niveau des prémolaires inférieures. Cette tumeur, du volume d'une grosse noix, occupait l'os sur une longueur de cinq centimètres ; elle était plaquée sur le bord externe de ce maxillaire et paraissait faire corps avec lui.

Les dents sont tombées, les alvéolessont à nu, comblées par des végétations. Les ganglions sous-maxillaires envahis. L'opération est décidée et pratiquée le 10 décembre 1908, par M. le professeur Soubeyran, assisté de M. le docteur Galavielle, médecin traitant.

On fait l'anesthésie générale à l'éther.

On pratique l'incision classique de l'hémirésection du maxillaire inférieur, parallèle au bord inférieur.

On résèque le maxillaire inférieur, à gauche, sur une longueur de sept centimètres. On fait une large ablation des ganglions de la région et on nettoye jusqu'au ras de la langue.

Drainage de la plaie. Pansement antiseptique.

Suites operatoires normales. — Au douzième jour, la cicatrisation est complète.

Le docteur Rilley fait un appareil prothétique.

Le malade revu au mois d'avril 1911, ne présente aucune récidive. Sa santé est excellente.

L'Examen histologique a démontré que l'on se trouvait en présence d'un épithélioma à évolution rapide.

Observations résumées, traduites de l'allemand d'aprés Konig

(39e Congrès de chirurgie. 1910).

Tumeurs malignes des Mâchoires.

I. *Wilhelmine Thorman âgée de 48 ans.* — Opérée le 29 novembre 1886. Revue au mois de mars 1910. Est

aujourd'hui âgée de 72 ans. Elle avale et parle bien et cela 23 ans et 4 mois après l'opération.

II. *Carcinome alvéolaire.* — Anna Puto âgée de 46 ans. Opération le 8 juillet 1887. Revue au mois de mars 1910, c'est-à-dire 22 ans et 8 mois après l'opération. Avale et parle bien.

III. *Epithélioma pavimenteux* — Louis Stheinwld, mineur, âgé de 48 ans.

Opération le 8 juillet 1891. Appareil de prothése.

Est aujourd'hui âgé de 67 ans.

Par conséquent guérion durable confirmée au bout de 18 ans et 8 mois.

IV. *Cancer énorme.* — W. R. Grone âgé de 66 ans. Opéré le 28 octobre 1876.

Décédé le 17 février 1895 à l'âge de 85 ans.

N'a pas eu de récidive durant 19 ans 6 mois.

V. *Tumeur épithéliale. Structure alvéolaire.* — H. R., âgé de 47 ans. Opération le 8 juillet 1884.

Décédé en 1894 à la suite d'une blessure au poumon.

Est resté guéri, sans récidive, durant 10 ans.

VI. *Carcinome alvéolaire.* — H. W. D., âgé de 42 ans. Opération le 12 mars 1884.

Est âgé aujourd'hui de 68 ans.

Pas de récidive, par conséquent, depuis 26 ans.

VII. — E. D., âgé de 59 ans. Opération le 26 octobre 1888. Revu au mois de mars 1910.

Guérison durable, par conséquent, confirmée au bout de 21 ans 1/2. Est aujourd'hui âgé de 81 ans.

VIII. *Epithélioma pavimenteux.* — H. M. H., âgé de 53 ans. Opération le 24 novembre 1886. Agé aujourd'hui de 78 ans. Pas de récidive depuis 23 ans et 4 mois.

CONCLUSIONS

I

Les diverses tumeurs malignes qui envahissent le tissu osseux, peuvent siéger sur les maxillaires; elles constituent le groupe des tumeurs malignes d'origine non dentaire, par opposition au groupe des tumeurs d'origine dentaire qui comprennent :

1° *Les adamantomes et les kystes adamantins.*

2° *Les odontomes et les kystes dentifères.*

3° *Les parodontomes et les kystes paradentaires.*

Généralement bénignes, elles peuvent présenter un stade d'évolution maligne et se transformer soit en *épithéliomas* soit en *sarcomes*.

Les tumeurs malignes d'origine non dentaire se rangent en :

1° *Sarcomes.*

2° *Epithéliomas.*

En considérant leur localisation initiale, nous devons diviser les sarcomes en :

1° *Epulis.*

2° *Sarcomes centraux ou myélogènes.*

3° *Sarcomes périphériques ou périostiques.*

Si nous nous plaçons au point de vue de histologie pathologique, nous distinguons :

1° *Des tumeurs à myélophaxes.*

2° *Des sarcomes encéphaloïdes ouglobo-cellulaires.*

3° *Des sarcomes fasciculés ou fuso-cellulaires.*

4° *Des endothéliomes.*

5° *Des myxo-sarcomes.*

6° *Des chondro-sarcomes.*

7° *Des sarcomes ostéoïdes.*

8° *Des sarcomes ossifiants.*

Les Epulis sont les tumeurs les plus fréquentes. Leur pronostic est variable par suite de la diversité des tissus qui entrent dans leur composition. Elles peuvent acquérir une grande malignité, se transformer en sarcomes globo-cellulaire ou fuso-cellulaire, présentant une gravité incontestable. Les sarcomes des mâchoires, en général, évoluent assez lentement. Cependant la généralisation est assez fréquente.

Les Epithéliomas sont rarement primitifs. Parmi ces derniers on ne distingue que l'épithélioma adamantin, résultant de la prolifération des débris épithéliaux paradentaires. En dehors de cette classe, les cancers des maxillaires sont toujours des épithéliomas primitifs des parties molles adjacentes qui ont envahi secondairement l'os.

Les épithéliomas se divisent en :

1° cylindriques.

2° pavimenteux.

Les cancers sont beaucoup plus malins que les sarcomes.

La propagation aux parties voisines est précoce.

L'envahissement ganglionnaire constant, la cachexie intense, les généralisations viscérales fréquentes.

II

Divers traitements ont été proposés pour la guérison des tumeurs malignes des mâchoires. Un seul est susceptible de donner des résultats durables :

1° Ablation large de la tumeur et des parties infiltrées.

2° Résection totale ou partielle du maxillaire, cette dernière devant dépasser largement le mal.

Plusieurs méthodes sont en présence :

Pour le maxillaire supérieur, nous avons :

1° Résection classique en bloc, totale ou partielle, extra périostée.

2° L'opération atypique par morcellement, avec la grande pince emporte-pièce, selon la méthode de J.-L. Faure.

C'est la méthode la plus communément acceptée aujourd'hui.

Pour le maxillaire inférieur, on pratique :

1° Soit la résection partielle;

2° Soit la résection totale, en utilisant toujours la méthode extra-périostée.

Après ces opérations, on peut faire la prothèse des maxillaires soit immédiate, soit tardive, de façon à remédier à la déformation consécutive à l'intervention et à la gêne fonctionnelle qui en résulte.

III

Les tumeurs malignes des mâchoires bénéficient grandement de ces opérations larges.

Par les observations que nous avons relatées, on peut cons-

tater qu'on arrive à avoir des guérisons durables, sans récidives, constatées au bout de trois, quatre, six, dix et même vingt ans pour les sarcomes et en particulier pour les épulis, à condition de faire des opérations larges et complètes.

Les épithéliomas donnent des survies de trois et cinq ans, et même, d'après les observations empruntées à Konig, nous constatons que des épithéliomas largement enlevés, ont donné des résultats durables, constatés après vingt ans et plus.

Les cas qui ont récidivé, n'ont pas été traités par la résection large. On s'était contenté de la simple excision de la tumeur avec ou sans cautérisation du rebord alvéolaire.

Les cas de mort sont survenus chez des malades qui n'avaient subi qu'une opération incomplète et à la suite de complications telles que : érysipèle du cuir chevelu, hémorragies ou infection, ou bien chez ceux dont l'opération avait été tardive.

Car nous l'avons établi et nous ne saurions trop le répéter, la résection doit être précoce, dépassant largement le mal, l'ablation des parties molles ou osseuses envahies précoce ainsi que l'extirpation des ganglois infiltrés.

A cette seule condition, on aura de beaux succès opératoires.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Acolathus. — Résection partielle du maxillaire supérieur pour tumeur. In mémoire de l'Académie des curieux de la nature, 1696.

Albarran. — Journal des connaissances médicales, 1886.

Alquier et Ducros. — Sarcome du maxillaire supérieur en voie de calcification. Bulletin de la Société anatomique de Paris, 1er mai 1903.

Arnal. — Tumeurs du maxillaire supérieur, thèse de Paris 1880.

Bakay (Von). — Budapest. — Sur l'épithelioma central de la machoire

Berger. — Rapport à la Société de chirurgie de Paris, séance du 14 mai 1902.

Bouglé. — Epulis ostéo-fibreuse. Bulletin de la Société anatomique de Paris, 13 décembre 1901.

Broca (A.). — Article maladies des gencives, in Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus.

Bulletins de la Société de Chirurgie, de 1900 à 1910.

Bulletins de la Société Anatomique de Paris, de 1900 à 1910.

inférieure (Berliner Klinische Wochenschrift, 1909).

Clisson. — Tumeurs à myéloplaxes, thèse de Paris, 1883.

Congrès de Chirurgie, 1900 à 1910.

Cornil et Ranvier. — Manuel d'histologie pathologique.

Couétous (Léon). — Contribution à l'étude du développement et de la structure des épulis sarcomateuses, thèse de Paris 1906.

Désir de Fortunet. — Notes sur quelques cas de tumeurs des gencives, revue de Chirurgie, 1887.

Dupuytrem. — Leçons orales, 1839.

— Résection partielle du maxillaire supérieur, in Bulletin de la Faculté de médecine, 1819.

Estlander. — Etude clinique des sarcomes du maxillaire supérieur traduit du suédois par Thomas.

Farabeuf. — Médecine opératoire.

Faure (J.-L.). — Article presse médicale 1905. Technique de l'extirpation des tumeurs malignes du maxillaire supérieur.

Forget. — Thèse inaugurale, 1840.

Ferrand (Gaston). — Des épulis sarcomatenses à myélophaxes, thèse de Paris, 1906.

Gruet. — Contribution à l'étude de l'épulis, thèse de Paris, 1899.

Gœury (A.). — Des tumeurs solides du bord alvéolaire, thèse inaugurale, Paris 1880, nº 218.

Jaboulay. — Myxome du maxillaire inférieur. — Quelques points de technique opératoire pour la résection de cet os.

Jalaguier. — Résection du maxillaire supérieur gauche pour un sarcome à myélophaxes.

Journal de Chirurgie, 1909 à 1910.

Jourdain. — Traité des maladies chirurgicales de la bouche.

Konig. — Cancer du maxillaire supérieur. Presse médicale, 1910, nº 30.

— Die Bedeutung der operativen Behandlung des Krebses.

Kronlein. — De la résection totale du maxillaire supérieur pour tumeurs malignes, XXXe congrès de la Société allemande de chirurgie, page 593, in revue de chirurgie, 1901.

Lassus. — Tumeurs spongieuses du périoste. Pathologie chirurgicale, tome I.

Lannelongue. — Histoire des tumeurs fibro-plastiques (in mémoires de l'Académie de médecine, 1868).

Lavergne. — Essai sur les sarcomes du maxillaire supérieur, thèse de Paris, 1901.

Lebert. — Physiologie pathologique, 1845.

Let. — Structure et pathogénie des sarcomes, thèse de Paris 1900.

Maisonneuve. — Tableau général des résections du maxillaire supérieur, pratiquées par M. Maisonneuve, in chirurgie clinique, tome I, page 597 (1863).

Malassez. — Sur l'existence d'amas épithéliaux autour des racines des dents. (Archives de Physiologie, 13e série T V, p. 139-309-379 — 1885.)

Malassez et Monod. — Tumeurs à myéloplaxes. (Archives de Physiologie, 1878.)

Malherbe. — Sarcome de l'antre d'Highmore, in congrès français de chirurgie, 1909.

Marion. — Manuel de technique chirurgicale.

Marjolain et Bérard. — Article Epulis du Dictionnaire en trente volumes.

Melleville Wassermann. — Dissertation inaugurale de Heidelberg 1887.

Mermet. — Epulis sarcomateuse à myéloplaxes, parcularités histologiques, in Bulletin Société anatomique, 29 mai 1896, p. 389.

Morestin (M.-H.). — Epithélioma adamantin du maxillaire inférieur, in Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris, 1907.

Moty. — Rapport séance du 14 mai 1902 à la Société de chirurgie de Paris, 1907.

Moure (E.-J.). — Sur deux cas de tumeurs malignes du sinus maxillaire développés aux dépens de kystes radiculaires, in congrès français de chirurgie, 1908.

Nelaton (E.). — Tumeurs à myéloplaxes, thèse de Paris, 1860.

Nimier. — Article de chirurgie in Le Dentu et Delbet.

Ollier. — Traité des résections, tome III.

Ombrédanne (L.). — Maladies des mâchoires, in traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet.

Philippeau. — Thèse inaugurale de Paris, 1886.

Pilliet et Mauclaire. — Tumeurs à myéloplaxes, Société anatomique 1894.

Pollosson. — Médecine opératoire.

Ranvier. — Manuel d'histologie pathologique, 1re édition, article Sarcome.

Réclar (Julien). — Contribution à l'étude des tumeurs du maxillaire inférieur. Adamantomes, odontomes, kystes et sarcomes. Montpelier, 1910.

Reclus (Paul). — Epithélioma térébrant du maxillaire inférieur, in Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris, séance du 3 avril 1901, page 386.

Reverdin. — Ostéosarcome central du maxillaire inférieur ; résection sous périostée de la moitié droite de la mâehoire. Guérison, in revue medi. de la Suisse Rom. Genève, 1885, V. 538-44.

Revue de Chirurgie, de 1900 à 1910 et 1887.

Revue de Stomatologie, 1900 à 1910.

Richet. — Epulis à myéloplaxes du maxillaire inférieur, revue de chirurgie, 1861.

Ritter. — Die Epulis urd ihre Riesenzellen. — Deutsche zeitschrift. f. klin. Chirurgie, Bd 54 S. I.

Robert. — Contribution à l'étude des résections du maxillaire supérieur, thèse de Paris, 1902.

Robillard. — Du cancer du plancher de la bouche. De son traitement par la résection incomplète de la partie médiane du maxillaire inférieur (avec conservation de son bord inférieur), Paris, 1902.

Robin. — Comptes rendus de la Société de Biologie, 1849, 29 octobre.

Saurel. — Mémoire sur les tumeurs des gencives connues sous le nom d'épulis, thèse de Paris, 1858.

— Revue de Thérapeutique du Midi.

Sordoillet. — De quelques tumeurs épithéliales du maxillaire supérieur. Nancy, 1906.

Schwartz. — Thèse d'agrégation, 1880.

Siebold. — Résection partielle du maxillaire supérieur, in Annales de médecine d'Altenbourg, 1908.

Stepinski. — Des Epulis, thèse Paris, 1901.

Taruffi (Rizzoli). — De la résection du maxillaire supérieur. Analy. in Gaz. méd., 22 juillet 1848.

Tillaux. — Traité de chirurgie clinique, tome I.

Tomasini. — Contribution à l'étude des ostéo-sarcomes du maxillaire inférieur, thèse de Paris, 1908.

Virchow. — Traité des tumeurs. Traduction française, t. II, p. 208.

Warren. — Surgical observation on tumours Boston, 1837.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 11 avril 1911.
Le Doyen,
MAIRET.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 11 avril 1911.
Le Recteur,
ANT. BENOIST.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!